José Arturo Luna Vargas

LOGOTERAPIA Y DROGADICCIÓN

¿Cómo ayudar a una persona adicta?

SAN PABLO

LOGOTERAPIA Y DROGADICCIÓN

José Arturo Luna Vargas

LOGOTERAPIA Y DROGADICCIÓN

¿Cómo ayudar a una persona adicta?

Dedicatoria

A mi hijo Sergio:
inmensa alegría que me dio la vida.
Y, con infinita gratitud, al Creador.

INTRODUCCIÓN

El tema de la logoterapia y la drogadicción es relativamente nuevo en el ámbito colombiano y latinoamericano. En Europa, sobre todo en Italia, desde hace aproximadamente veinte años investigan y aplican estrategias de la Tercera Escuela Vienesa de psicología con muy buenos resultados.

Son pocos los textos en español que se encuentran sobre logoterapia y drogadicción. Este libro recopila algunos textos traducidos del italiano, y de investigadores españoles y argentinos. Igualmente, se hace un resumen de algunas investigaciones pioneras en este campo en Colombia.

En el primer capítulo se abordan las características generales del consumo de sustancias psicoactivas, las fases de la adicción y la personalidad del adicto; el segundo y tercer capítulos tratan acerca de la prevención de las adicciones desde la logoterapia. Se describe un aporte colombiano a la humanidad en el campo de la prevención: los Círculos de Diálogo Existencial, técnica que ya se aplica en varios países. Un aspecto importante de estos capítulos es el referente a las drogadicciones noógenas, aquellas que tienen su origen en la crisis existencial, en los conflictos entre valores y antivalores, en los problemas espirituales. Las drogadicciones noógenas nacen en la dimensión noética o espiritual y sobre todo pueden desarrollarse más en las personas de clase alta, socio-económicamente hablando.

Los capítulos cuarto y quinto quieren ser una guía de acción para los familiares o amigos de la persona adicta para que sepan qué hacer y qué no hacer ante ella. Se insiste en estos capítulos en la importancia de ayudar a la persona adicta a que elija el tratamiento, o que asuma la drogadicción también como una forma de vida y se responsabilice igualmente de cualquiera de las elecciones que haga. Se describen los dos "enganches" más conocidos en el trabajo con adictos: uno más suave, el estructuralista y otro más duro y de confrontación, el funcionalista.

El autor es optimista; cree en la recuperación de las personas adictas, ya que ha conocido en varios países –y en varias ciudades de Colombia– cientos de personas adictas pasivas, es decir, que no consumen, que llevan 3, 4, 10, 20 años sin consumir, y que aceptan ese límite que la vida les ha planteado y ante el cual pueden dar una respuesta y descubrir un sentido y un significado, saliendo así de la desesperación.

El autor, quien estudió y trabajó cinco años en Europa, en donde tuvo la fortuna de conocer al doctor Viktor E. Frankl, creador de la logoterapia, y asistir a los seminarios dictados por él, agradece profundamente a todos los logoterapeutas del mundo y a las personas adictas por las enseñanzas recibidas de ellos. Agradece una vez más a su amada esposa por el tiempo y los desvelos que ha merecido la trascripción de estas páginas.

Capítulo 1

NOCIONES BÁSICAS SOBRE LAS ADICCIONES

1. ¿Qué es la adicción a sustancias psicoactivas?

En el lenguaje popular y científico existen varios términos que de alguna manera indican la relación de una persona con una sustancia psicoactiva: drogadicción, alcoholismo, fármacodependencia, toxicodependencia, adicción[1].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la farmacodependencia como: "Un estado psíquico y a veces también físico producido por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por comportamientos o reacciones que incluyen el uso compulsivo de la sustancia, continuo o periódico, para provocar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar determinado por su ausencia".

Una terminología adecuada para unificar las diferentes palabras es la propuesta por Pérez G[2].: "Adicción a sustancias psicoactivas" (SPA) que nos indicaría la dependencia de una persona hacia aquellas sustancias que ejercen una acción sobre el sistema nervioso central (SNC), y que por lo tanto modifican el campo de conciencia del sujeto. De esta manera, una persona puede ser adicta al alcohol, a la cocaína y así sucesivamente a varias sustancias psicoactivas".

Antes de adentrarnos en el tema es importante conocer algunos conceptos claves en el desarrollo del mismo.

1.1. Tolerancia

Es un hecho fundamentalmente farmacológico que consiste en la disminución de la intensidad de los efectos producidos por una sustancia psicoactiva a medida que se repite su consumo. Se puede definir con la fórmula: a (mayor) frecuencia de consumo (menor) efecto. Por ejemplo, si una persona ingiere una sustancia psicoactiva, al momento de su ingestión percibe unos efectos "X", pero a medida que pasa el tiempo, van disminuyendo hasta que "no siente nada". Los efectos iniciales "X", "desaparecen", y para lograrlos nuevamente, tiene que aumentar la dosis de esa sustancia. En este momento ha desarrollado la tolerancia.

Es importante tener presente este fenómeno ya que después de que un adicto se ha desintoxicado, por ejemplo, de heroína y después de varios meses vuelve a consumir una dosis alta, puede morir por sobredosis, puesto que el organismo había recuperado su forma original de sensibilidad a los efectos de la heroína (el mecanismo de la tolerancia no está presente). El consumidor de basuco empieza con un cigarrillo para "sentirse bien"; pasado algún tiempo tiene que aumentar a 2 - 3 cigarrillos diarios para lograr el efecto inicial.

En el caso del alcoholismo, con frecuencia la tolerancia cambia; después de varios meses sin tomar, una persona que con 6 cervezas perdía el control, por ejemplo, se da cuenta que cuando toma una sola cerveza ya está fuera de sí.

1.2. Dependencia física

Consiste en la adaptación fisiológica a una sustancia. Algunos autores la denominan también neuroadaptación.

El consumo permanente de psicoactivos produce modificaciones en el sistema nervioso central, en las neuronas, sinapsis, etc. El organismo se "acostumbra" a recibir su "dosis" de psicoactivo; al no serle suministrada ésta, se origina la "protesta": es el comienzo de la crisis de abstinencia. El organismo, biológicamente hablando, comienza a "necesitar", a depender de una sustancia.

1.3. Dependencia psicológica

Se define como el impulso al consumo periódico o permanente de una sustancia, con el fin de experimentar un placer o disminuir un dolor. Convierte al consumidor en una especie de minusválido, que no podrá realizar sus actividades normales sin recurrir al "bastón", en cuya ausencia le será imposible caminar.

Es importante aclarar que los dos fenómenos descritos están relacionados, lo psíquico y lo físico. Hay momentos donde pesa más uno de los dos, pero siempre existe una mutua influencia.

1.4. Crisis de abstinencia

Es el conjunto de signos y síntomas que aparecen cuando una persona adicta deja de consumir las sustancias psicoactivas.

Los signos y síntomas pueden variar, dependiendo de la persona, la clase de sustancias y el tiempo de consumo. Algunos son: náuseas, vómitos, taquicardias, escalofríos, insomnio, depresión, convulsiones. La experiencia enseña que el adicto "exagera" los síntomas de la crisis de abstinencia para manipular y conseguir medicamentos de toda clase.

Se plantean dos tipos de crisis de abstinencia. Una se da a corto plazo y la otra en un tiempo más prolongado. La primera puede durar entre tres y cuatro días, según las características del individuo, sustancia y tiempo de consumo. Ocasiona mayor malestar de tipo físico que psicológico. La segunda puede durar hasta siete meses y los malestares más graves son de tipo psicológico.

Después de la ingestión de la última dosis, la persona comienza a recuperarse poco a poco en su aspecto físico: come bien, duerme con regularidad, cesan los calambres musculares o escalofríos, si estos últimos han existido; en su lugar comienza el malestar más delicado: la depresión. El adicto ha perdido su "objeto amado": la sustancia psicoactiva. Se encuentra de nuevo sin el apoyo del "bastón", tiene que enfrentar la

realidad diaria. Es por esto que durante varios meses sufrirá manifestaciones de tipo depresivo, a las cuales deberá prestarse la mayor atención durante la terapia, ya que el adicto se encuentra "desnudo", con todos los complejos y traumas que la sustancia psicoactiva había "enmascarado".

1.5. Causas de la adicción

La etiología de la adicción a psicoactivos es un tema muy complejo (hay en juego muchísimas variables), mas no es el objetivo del presente análisis entrar en un estudio detallado de las causas. D. Lettiere, M. Sayers y H. W. Pearson, han publicado una obra titulada *Theories on Drug Abuse* (en Research Monograph, 30, 1980), en el cual resumen la problemática así: existirían unas 43 teorías que tratan de explicar el porqué una persona se vuelve adicta. Vista la adicción desde la óptica de la multicausalidad, se analizan factores de tipo biológico, psicológico, sociológico y espiritual que tienen que ver con la aparición del fenómeno que golpea de modo tan grave a la sociedad contemporánea.

Algunos factores de tipo social que indudablemente tiene que ver con la aparición de la adicción se exponen así:

Deficiencia en la prestación de servicios básicos a cargo del Estado, que obliga a muchas personas a dedicarse a la producción, comercio y consumo de sustancias psicoactivas (teoría de la marginalidad).

Estrategias de control, prevención y represión, que algunas veces se ponen en práctica y otras se olvidan, según las conveniencias políticas de los países.

Mecanismos de mercado, oferta y demanda que determinan la producción, comercio y consumo.

Características geográficas de un país que pueden favorecer o no el consumo.

Entre los factores de tipo personal bio-psico-espiritual que influyen en el consumo de psicoactivos, se cuentan:

– Predisposición biológica.
– Depresión.
– Influencia de los amigos.
– Actitud favorable al consumo.
– Baja tolerancia a la frustración.
– Problemas de identidad. Baja autoestima.
– Falta de asertividad ("no digas sí cuando quieras decir no").
– Ausencia del padre.
– Uso precoz del cigarrillo.
– Uso indiscriminado de medicinas por parte de los padres.
– Conflictos familiares graves.
– Pérdida de valores éticos o religiosos.

– Carencia de metas - vacío existencial.

Cuando se habla de causas para intentar explicar la aparición de la adicción, se hace referencia a menores o mayores probabilidades de que aparezca el fenómeno y no de una relación lineal: 1 causa =1 efecto. Así por ejemplo, una persona puede poseer todos los factores enumerados anteriormente y carecer de problemas de adicción, mientras que otra, puede ser ajena a aquellos factores y sin embargo convertirse en adicta.

Los factores causales nos permiten concluir que, en la medida en que se conjuguen mayor número de elementos, las probabilidades para el desarrollo de una adicción son mayores.

Para algunos padres de jóvenes adictos las preguntas ¿por qué mi hijo es así?, ¿qué le faltó?, se convierten en un martirio y el complejo de culpa no les permite mantener la suficiente serenidad para afrontar el problema. Al respecto, es bueno recordar una frase de Viktor Frankl, el fundador de la logoterapia, quien afirmaba: "Frente al destino inevitable y adverso es inútil preguntarnos, '¿Por qué a mí?'. Por el contrario, nuestro deber es replicar, dar una respuesta, actuar".

1.6. Patrones de consumo de sustancias psicoactivas

Una persona no se vuelve adicta de un día para otro, sino mediante un "proceso" con etapas que señalan un mayor o menor grado de relación con el psicoactivo. Existen varios test o cuestionarios que pueden realizar un diagnóstico del joven. Algunos de los test de diagnósticos más utilizados son el índice de severidad de adicción (ASI) y la prueba para el alcoholismo (CAGE). En Europa es frecuente utilizar los exámenes de orina para detectar el nivel de adicción.

Una descripción muy conocida de los patrones de consumo de sustancias psicoactivas, que nos puede dar una aproximación diagnóstica es la propuesta por la *National Comission on Marihuana and Drug Abuse*, organismo norteamericano que la publicó en 1973 y plantea lo siguiente:

– Consumo experimental y/u ocasional

Se usa la droga por curiosidad, por "probar".

– Consumo social y/o recreativo

El consumo se hace más regular en relación con la categoría anterior. Se usa en fiestas y juegos; el fin es facilitar encuentros y relaciones sociales.

– Consumo circunstancial y/o situacional

Determinadas circunstancias o situaciones se convierten en un "problema" para la persona, la cual cree que drogándose puede afrontar mejor dichas condiciones (deportes, trabajo, sexualidad).

– Consumo intenso

Ante las más variadas circunstancias, la persona encuentra la "excusa" para drogarse, para "superar" un problema. El consumo mínimo es una vez al día.

– Consumo compulsivo

El uso se hace para evitar la crisis de abstinencia. Todas las actividades de la

persona van encaminadas a buscar droga.

2. Características del adicto

Un elemento que impresiona considerablemente a los expertos que han trabajado con personas adictas de diferentes nacionalidades y clases sociales es la consistencia de algunas características o "formas de ser" de los adictos en general. Investigadores, como Yablonsky[3], quien por más de 35 años ha trabajado en esta área, así lo confirman. Veamos algunas:

2.1. Negación

El adicto niega que esté en dificultades con la droga o el alcohol. Algunas frases típicas son: "Yo solo puedo salir de esto, yo no soy como fulano, el hijo de doña… ese sí es un drogadicto, pero yo no, yo sé controlarme"; "mija, pero dese cuenta, ya llevo quince días sin tomarme una cerveza, ¿se fija que no soy un alcohólico?", "yo sólo lo hago los fines de semana o cuando voy a un paseo o fiesta".

Esta primera fase normalmente la vive también la familia, que trata de esconder la problemática, de negarla, de hacerse ilusiones de que su familiar no es adicto.

2.2. Autoengaño

La persona se dice mentiras a sí misma. Se promete una y mil veces que será la última vez que se droga o se emborracha; que tiene fuerza de voluntad para dejar el trago o la droga. Un autor dice al respecto: "El drogadicto se droga para prometerse que no se va a volver a drogar". Puede parecer paradójico pero hay mucho de verdad en este mecanismo de autoengaño del adicto.

2.3. Victimismo

Es una fase posterior a la negación. Acepta en algo sus dificultades frente a la droga, pero comienza a responsabilizar a los demás de ser los culpables de sus problemas: "Vea, es por esa cantaleta suya que yo me emborracho"; "es que no encuentro trabajo"; "es que no tuve un hogar, me pegaban cuando niño". Hechos todos que pueden ser verdaderos pero que el drogadicto los utiliza para no enfrentar su problema, para manipular a los demás, haciéndose pasar por una "víctima" de ellos.

2.4. Mitomanía

Mentir es algo completamente normal para el adicto. Hace parte de su mundo; tiene una relación con lo que decíamos anteriormente sobre el "autoengaño": llega al punto de decirse mentiras a sí mismo.

2.5. Manipulación

El adicto sabe muy bien cuáles son los puntos, débiles y fuertes de cada uno de sus familiares: papá, mamá, hermanos, esposa, etc. Al conocer estos puntos los manipula o "chantajea" para conseguir lo que quiere: consumir droga. El familiar del adicto siempre debe estar atento y preguntarse: ¿Qué está buscando con la propuesta o acción que plantea en este momento?

Él sabe que si le "ayuda" a su hermana con el novio, logrará conmoverla; si a su padre le habla de su equipo de fútbol favorito, conseguirá algo.

2.6. Deseo irresistible por la droga

El adicto sólo tiene una idea en la cabeza y es: ¿Cómo y cuándo consumiré de nuevo? Varios autores llaman "compulsión" a este deseo irresistible.

Cuántas mujeres se hicieron novias o se casaron con una persona adicta, creyendo sinceramente que su "amor" lo alejaría de la sustancia (alcohol, cocaína, basuco, etc.). El adicto está en "unión simbiótica" con la sustancia, es una unión total. Entre el adicto y la sustancia es difícil que alguien pueda penetrar solamente con la voluntad. Es necesario saber acercársele para que asuma el tratamiento.

2.7. Abstinencia periódica

Con frecuencia se encuentran personas adictas que logran abstenerse voluntariamente por un tiempo y no consumir drogas pero después vuelven y recaen. Este hecho, que todavía sigue siendo en parte misterioso, desafortunadamente va a reforzar el mecanismo de la negación y hará que el adicto y sus familiares se autoengañen diciendo: "Yo no soy adicto, él no es adicto, ya lleva 15 días, 3 meses sin emborracharse, sin drogarse".

Recordemos lo que decía el escritor Ernest Hemingway: "Dejar de fumar es la cosa más fácil de este mundo, yo he dejado el cigarrillo 20 mil veces".

3. ¿Por qué el adicto se "apega" tanto a la sustancia?

La gran atracción que ejerce la droga sobre el sujeto dependiente de ésta y el "enamoramiento total" del adicto hacia la sustancia son factores que causan gran impacto entre los profesionales que trabajan con ellos.

Analizando los efectos psicológicos placenteros, "reparadores" que causa en el individuo, se entiende el porqué de esta atracción. El consumidor de heroína o cocaína habla de sentir un "orgasmo generalizado" cuando la sustancia llega, específicamente, si es por la vía endovenosa.

En síntesis, todas las sustancias psicoactivas al actuar sobre el sistema nervioso central, producen tres hechos muy gratificantes para el drogadicto, lo que explica en gran parte el "poder" de la sustancia:

3.1. Flash ("golpe", "corrientazo", "energía", etc.)

Produce un indudable placer y ocurre durante los primeros minutos, mientras la

sustancia penetra en el organismo. Es un fenómeno sobre todo fisiológico

3.2. Escape ante un dolor

En el momento de drogarse, el sujeto está luchando para resolver un problema. Tiene una situación frustrante a sus espaldas, de la cual desea liberarse, así sea por unos minutos solamente. El problema puede ser aburrimiento, depresión, angustia, etc. La gratificación, para una personalidad débil como la del drogadicto, consistiría, en sentirse "sin problemas, momentáneamente, gracias a la droga".

3.3. Supresión del síndrome de abstinencia

El drogadicto sabe muy bien que después de un tiempo determinado, a partir de la última ingestión de droga, corre el riesgo de sufrir el síndrome de abstinencia, es decir, molestias a nivel psicofisiológico (sudoración, temblores, diarreas, culpabilidad, apatía, etc.). Librarse de estos malestares por la ingestión de la droga constituye un factor importante que explica su poder sobre el sujeto.

3.4. Rituales de consumo

Los adictos cuando consumen en grupo cumplen unos ritos o unas ceremonias que de alguna forma crean solidaridad y bienestar para ellos. Por ejemplo, en los consumidores de cerveza uno de los ritos es: derramar unas gotas de cerveza en el piso para saber si "no está pasada"; derramar unas gotas a sus espaldas diciendo "para las ánimas benditas"; y, posteriormente, con la uña del pulgar romper la etiqueta del envase y juguetear con el papel. Acto seguido, comienzan a hablar de temas muy variados (mujeres, política, deportes, etc.).

En el consumo de la heroína se reparten las funciones. Así por ejemplo, uno lleva la cuchara pequeña, otro el limón, otro el caucho, otro el encendedor, otro el psicoactivo y entre todos preparan la droga que después han de inyectarse.

Estos ritos o ceremonias son reforzantes, es decir, eventos que aumentan las probabilidades para que los adictos se reúnan de nuevo para consumir el psicoactivo.

4. Períodos de la adicción

Bruno y Maselli[4] plantean tres períodos en el desarrollo de la adicción, que pueden orientar el acercamiento al joven. Se intenta una síntesis de éstos, sin olvidar las diferencias específicas de cada persona.

4.1. Primer período

Se produce desde el primer contacto con la sustancia psicoactiva hasta el momento en el cual los maestros o padres se enteran de su afición. Esta etapa es llamada por algunos "luna de miel", ya que el joven siente las cosas "positivas", agradables de la sustancia, el

"flash", que como veíamos al principio es la energía o corrientazo que comunica el tóxico cuando entra en el organismo. Ese "orgasmo generalizado", del cual hablan sobre todo los heroinómanos y cocainómanos, actúa mucho en el joven.

La "fuga", ese otro elemento que también explica en gran parte, el apego al tóxico, hace olvidar al adicto los problemas y malestares. Como el fenómeno de la tolerancia es un proceso que se va desarrollando poco a poco, el joven no siente aún, la crisis de abstinencia. Se queda con lo "bueno" de la sustancia: el "flash" y la "fuga"; lo negativo - la crisis de abstinencia- no se manifiesta todavía.

Para algunos expertos, el primer período raramente es inferior a los dos años o superior a los cuatro. Este es un dato muy relativo, depende de la sustancia y la persona. El joven es capaz, en esta época, de "esconder", de disimular el consumo; tiene un grado de control sobre la sustancia, el complejo de culpa no es muy grande y las justificaciones que encuentra lo tranquilizan. Por eso es muy común escuchar que en esta "luna de miel" es difícil que el joven acepte el tratamiento (si sus familiares se enteran).

Algunos terapeutas prefieren tratar adictos "viejos" porque la "luna de miel" (flash, fuga) es muy pequeña en comparación con los malestares de la crisis de abstinencia, del acoso permanente para comprar el tóxico, etc.

En algún momento, la persona trata de "liberarse" de la sustancia, pero se da cuenta de la dificultad para lograrlo y comienza a mentirse a sí mismo: "Esta es la última vez que lo hago, mañana no lo haré más". Curiosamente, en el momento en que se encuentra "drogado", "borracho", se siente con muchas fuerzas, es omnipotente y tiene la seguridad de que va a ser capaz de abandonar el tóxico. Cada vez la "crisis de abstinencia" se hace más fuerte, puesto que la tolerancia se va desarrollando plenamente y la "luna de miel" queda atrás.

En este período se observan cambios "positivos" en el joven, por ejemplo: parece más extrovertido, seguro de sí mismo, los familiares ven el cambio y se entusiasman. Los pequeños robos de dinero y objetos de la casa comienzan cuando el joven necesita consumir con más frecuencia para no sentirse mal. Los problemas escolares, laborales, físicos, hacen que por fin un día los familiares se enteren de la adicción y aquí termina el primer período.

4.2. Segundo período

La revelación de la situación del hijo produce, como se ha visto, un *shock* familiar. Primero la negación del joven y después, de la familia, aparecen con toda fuerza. El joven comienza a prometer que dejará la droga; la familia cree en sus promesas y le da gusto con cosas materiales, ya que se sienten culpables. La persona que ya tiene un grado de adicción alto no puede dejar la sustancia y los problemas de todo tipo se acentúan. La familia comienza a vivir comportamientos ambivalentes: regalos y agresividad para tratar de controlar las conductas desviadas. Se conforma entonces una patología muy compleja.

En el momento en el cual los familiares y más raramente el joven piden asesoría

comienza el tercer período.

4.3. Tercer período

La familia y el joven han ido venciendo la negación, el autoengaño, el victimismo y se integran al tratamiento.

5. Clases de sustancias

Existen diferentes clasificaciones de las SPA, una de ellas bastante empleada es la que sigue[5]:

Depresores del sistema nervioso central (SNC): Disminuyen el nivel de funcionamiento del SNC; incluyen: el alcohol, el opio y sus derivados (morfina, heroína), los barbitúricos y sedantes o tranquilizantes, los inhalables (pegantes, gasolina, solventes, lacas, acetona, quitamanchas) y los anestésicos. Su nombre no significa que produzcan un estado emocional de depresión o tristeza.

Estimulantes del SNC: Aceleran el funcionamiento del SNC y producen la impresión de aumentar la agudeza psicológica y la capacidad física. Los principales son: la cocaína, el basuco, las anfetaminas y la cafeína.

Alucinógenos: Producen grandes modificaciones en la percepción, generando "alucinaciones", sobre todo visuales. Los más comunes son: el LSD, el yahé, los hongos y la mezcalina, extraída de un cactus.

Sustancias "mixtas": Producen efectos de dos o más de las otras categorías. Dos de estas sustancias son la marihuana y el éxtasis.

Capítulo 2

LA DROGADICCIÓN VISTA DESDE LA LOGOTERAPIA

1. ¿Qué es la logoterapia?

La logoterapia[6] (terapia por medio del sentido o significado) fue fundada por Viktor Emil Frankl.

Frankl nació en Viena el 26 de marzo de 1905. Su familia era de origen hebreo. Desde pequeño mostró interés por el estudio de la medicina y de las ciencias naturales, pero mantenía un espíritu muy crítico frente a las posiciones reduccionistas. Fizzotti[7] refiere las siguientes palabras de Frankl: "Recuerdo bien las reacciones que tuve a los trece años, cuando al frecuentar la escuela secundaria, me fue impuesto un aprendizaje reductivo. Nuestro profesor de ciencias naturales estaba explicando que la vida, en un último análisis, no era sino un proceso de combustión, de oxidación. Entonces me puse de pie y le pregunté: profesor Fritz, si es así, entonces ¿qué sentido tiene la vida?".

Frankl fue marcado intensamente por la correspondencia que tuvo con Freud. Durante varios años intercambió cartas con el fundador del psicoanálisis. Freud, que dirigía la Revista Intenacional de psicoanálisis, le publicó un artículo sobre la "Génesis de la mímica de la afirmación y de la negación".

En 1930 se graduó como médico y prosiguió los estudios de neurología y psiquiatría. Durante este tiempo en la Universidad, trabajó en el hospital psiquiátrico de Viena, sobre todo con personas afectadas de manías de suicidio, problema muy frecuente entre los jóvenes europeos de la época.

En 1942, la Gestapo hizo prisionera a su familia. Su esposa Tilly, sus padres y su hermano murieron en los campos de concentración. Frankl pasó tres años en los campos de Türkhein, Kaufering, Theresienstad y Auschwitz. Allí, en la prisión, su objetivo diario era buscar un sentido y un significado a la muerte de tantas personas en las cámaras de gas (vio a su madre entrar en una de ellas). Su lucha era ayudar a los demás presos a "morir con la frente en alto", con dignidad.

En este período, llamado por Frankl "experimentum crucis", escribe su libro *Ein Psycholog erlebt das Konzentration slager* (*Un psicólogo en el campo de concentración*), en 1945.

La experiencia de Frankl en los campos de concentración le permite constatar en carne propia que el ser humano tiene la capacidad de encontrar un significado, un sentido a cualquier circunstancia de la vida, aún en aquellos momentos más absurdos y dolorosos. A los 40 años de edad, en 1945, es liberado del campo de concentración y comienza con gran fuerza a expandir sus ideas por Austria y toda Europa. Sus tesis causaron mucha polémica y admiración.

Viktor Frankl publicó 33 libros, traducidos a 18 idiomas y fue profesor invitado en más

de 20 países.

Para Frankl, "la logoterapia y el análisis existencial son las dos caras de una misma teoría. Es decir, la logoterapia es un método de tratamiento psicoterapéutico, mientras que el análisis existencial representa una orientación antropológica de investigación". El "logos" hace referencia al "sentido" al "significado": algo que el ser humano busca siempre frente a las circunstancias del destino, la vida, la muerte, el amor, el dolor. El "logos", según Frankl, tiene que ver con la parte noética, espiritual, que se distingue de lo "psíquico". De esta forma, logoterapia quiere indicar terapia por medio del "sentido", del "significado". La logoterapia pertenece más a un enfoque o actitud de tipo existencial - humanista y se considera más como un complemento de la psicoterapia en general y no tanto como otra escuela. El análisis existencial, la otra cara de la misma teoría, es un intento de crear una antropología como base para una psicoterapia: "No existe psicoterapia sin una concepción del hombre y sin una interpretación del mundo". Siempre, el terapeuta tendrá una cosmovisión consciente o inconsciente. Para Frankl, es más conveniente que dicha cosmovisión y antropología sea explícita y consciente. La logoterapia se puede dividir en dos clases: específica y no específica.

La logoterapia específica trabaja con las dificultades de tipo "crisis existencial", "vacío existencial", "falta de sentido de la vida". La problemática del sufrimiento y de las personas con enfermedades terminales es abordable con esta clase de logoterapia. De igual manera, la neurosis "noógena", aquella que surge cuando hay un "choque de valores", "conflictos éticos", "conflictos espirituales", que pueden afectar la dimensión psicológica o biológica de la persona. La técnica o vía para trabajar en este tipo de logoterapia es el "diálogo socrático", derivado de la mayéutica, acerca del cual Frankl y su discípula, la psicóloga austríaco-alemana Elisabeth Lukas dan orientaciones o pautas.

La logoterapia no específica se emplea en las dificultades clásicas de las obsesiones, obsesiones-compulsiones, fobias y problemas sexuales. En general, la casuística sobre las diferentes patologías en las que se utiliza esta clase de logoterapia es muy amplia. Las técnicas más empleadas son la intención paradójica y la derreflexión. Fabry[8] plantea que la logoterapia se funda en tres principios: 1. La vida tiene sentido en todas las circunstancias. 2. La persona es dueña de una voluntad de sentido y se siente frustrada o vacía cuando deja de ejercerla. 3. La persona es libre dentro de sus obvias limitaciones, para consumar el sentido de su existencia.

2. Las drogadicciones noógenas

Antes de definir las drogadicciones noógenas es conveniente definir las neurosis noógenas como las concibe Frankl e igualmente recordar que la antropología frankliana plantea tres dimensiones en la persona, que están relacionadas pero que igualmente tienen una autonomía: dimensión biológica, dimensión psicológica y dimensión noética o espiritual. Frankl dice que: "También en esta dimensión (la espiritual) pueden echar raíces las neurosis y es entonces cuando nosotros hablamos de neurosis noógenas (es decir, nacidas del humus espiritual); ya que la tensión causada por un conflicto de

conciencia, o la opresión causada por un problema espiritual, es decir una crisis existencial, puede provocar una neurosis (Frankl, 1978, p. 139)"[9].

Así, la neurosis noógena tiene su origen en la dimensión noética o espiritual de la persona y puede extender sus repercusiones en lo psicofisiológico a nivel de correlación psico-neuro-inmuno-endocrinológica. "La fuerte incidencia del significado de la propia vida sobre el bienestar global de la persona transforma la correlación mente-cuerpo en correlación espíritu-mente-cuerpo" (Pacciolla, p. 144)[10]. La neurosis noógena es un sentimiento de falta de significado de la vida, es una frustración existencial en el sentido que permanece frustrada la voluntad de dar un sentido a la propia existencia. Los choques entre valores diversos o contrapuestos pueden conducir a un problema noógeno.

El autor, en cuanto a la etiología de las adicciones a psicoactivos, parte de la existencia de una multicausalidad, y en ella lo ideal es descubrir y plantear a nivel de hipótesis si la adicción del consultante es más de tipo psicológico o más de tipo biológico o más de tipo social o más de tipo noético o espiritual. Estas hipótesis son las que después van a guiar gran parte del tratamiento.

Una drogadicción más de tipo noógeno es aquella en la cual, coloquialmente podemos decir; "la persona ya tiene casa, carro y beca y se pregunta ¿y ahora qué?". En ese momento descubre la droga y queda enganchado en ella encontrando un falso motivo para vivir que con el tiempo, terminada la "luna de miel" con la droga, creará mucho sufrimiento innecesario a sí mismo y a su entorno social. Las drogadicciones noógenas tienden a desarrollarse más en los países más desarrollados, en las clases sociales con más recursos económicos.

Una drogadicción noógena tiende a afectar toda la persona humana: lo biológico, lo psicológico y lo social; una drogadicción más de tipo psicológico, en cambio, es una adicción más individualizada, que nace en una parte más localizada en la estructura psicológica de la persona. Lo noógeno es más difuso en toda la persona, es menos particular, es más holista.

En las drogadicciones noógenas un tratamiento que tenga en cuenta también a la logoterapia es fundamental ya que la logoterapia es una terapia que nace y utiliza el espíritu o dimensión noética, en el cual hemos visto tienen raíces también las drogadicciones noógenas. Como se profundizará más adelante, la mayéutica o el diálogo socrático son herramientas indicadas para afrontar este tipo de adicciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, traducimos un texto del italiano Giacinto Froggio que es citado por Fizzotti[11] acerca de la relación entre logoterapia y adicciones:

"La drogadicción y el alcoholismo, desde la logoterapia, tienen en parte una causa que es el llamado vacío existencial. Los estudios que han tratado de identificar una relación entre toxicodependencia y vacío existencial, aunque si son pocos, han llegado a la conclusión de que tal relación existe. Pero, no es una relación de tipo causa efecto. Se ha encontrado en cambio que hay una especie de proceso circular donde si bien, no hay una causalidad directa, el vacío existencial interviene en el mantenimiento de la dependencia". Igualmente, hay tratamientos como el del CEIS (Italia) que plantean el modelo: la

drogadicción es el síntoma de un malestar existencial profundo.

"Las investigaciones que buscan la relación entre drogadicción y vacío existencial comienzan con un trabajo de Shean y Fechtmann (1971) los cuales suministraron el test de los propósitos en la vida (PIL) de Crumbaugh a dos grupos de estudiantes universitarios: uno formado por 27 sujetos (20 varones y 7 mujeres) que hacían uso habitual de drogas ligeras, y otro, el grupo de control, formado por 28 estudiantes que no eran consumidores de drogas. Los resultados demostraron un nivel más alto de frustración existencial entre los estudiantes que hacían uso habitual de drogas ligeras.

Betty Lou Padelford (en 1973 y 1974) realizó una investigación con un grupo de 416 estudiantes de bachillerato de una escuela de la periferia de San Diego California, encontró una relación significativa entre el consumo de drogas y proyecto de vida ($r = 0.23$, $p = 0.001$), igualmente encontró que el promedio de drogadicción para los estudiantes que tenían un puntaje bajo en el PIL difería significativamente del relativo a los estudiantes que tenían un proyecto de vida. Resultados análogos fueron obtenidos por Clark (1973).

En lo relacionado con el abuso del alcohol y el alcoholismo, Annemarie von Forstmeyer (1968), Toler (1975), Jacobson y otros (1977), han encontrado, de forma independiente cada uno, una relación entre el uso desmedido de alcohol y el vacío existencial así como lo ha descrito Frankl.

En el ámbito de las observaciones clínicas y del estudio de casos, se ha subrayado que la drogadicción (Fabry-Lukas 1977; Froggio 1985a, 1986a; Lukas 1983) y el alcoholismo (Crumbaugh 1980, 1981; Froggio 1985b, 1986b) y alcoholismo juvenil (Froggio 1986c) tienen una estrecha relación con el vacío existencial, la anulación de la libertad y la responsabilidad personal. De las observaciones de estos autores se pueden deducir líneas que tienen que ver con el paso del vacío existencial a la dependencia de sustancias psicoactivas.

Los casos de alcoholismo y de drogadicción noógena son aquellos en los cuales el vacío existencial es mencionado como causa. En estos casos se instaura un mecanismo circular. El vacío existencial y en consecuencia, el sentido de aburrimiento y apatía ponen las bases para que se instaure una dependencia. Es importante el encuentro con la sustancia, los lugares y las modalidades en las cuales sucede este encuentro. Para el alcohol normalmente se trata de ocasiones de fiestas: reuniones con los amigos, reencuentros, etc. También para la droga los primeros consumos ocurren con un buen amigo o con el grupo. Generalmente, son situaciones de esparcimiento y recreación. El alcohol tiene el poder de disminuir inmediatamente las inhibiciones y las tensiones, puede calmar y dar, al menos al comienzo, un sentido de bienestar. De esta forma, el bebedor descubre que sus ansiedades pueden ser aplacadas recurriendo a la botella. se puede decir lo mismo de la droga. Pero hay algo más. Tanto la droga como el alcohol colman momentáneamente el vacío existencial, reducen el aburrimiento y la apatía y crean un ficticio sentido de identidad o, al menos, la ilusión de un significado.

Desgraciadamente, estas sustancias tienen un efecto de retorno, obligan a la

dependencia anulando la capacidad de autodirección, la libertad y la responsabilidad personal. De esta forma la persona se vuelve un ser determinado por las cantidades de alcohol o de droga que consume. Igualmente, la ilusión de haber encontrado un significado desaparece rápidamente y aparece el sentimiento de vacío, del vacío existencial que se debe tratar de llenar bebiendo o recurriendo a la droga.

También en los casos de dependencia causados por factores psicológicos aparece a un cierto punto el vacío existencial. De hecho, aunque un sujeto no haya comenzado a beber o a drogarse por motivos existenciales, se puede encontrar en un vacío de sentido que trata de cubrir con un recuerdo siempre más grande que la droga o el alcohol. El mecanismo circular, por lo tanto, aparece una vez más, y la logoterapia se vuelve en estos casos una intervención, si no primaria, ciertamente importante y necesaria. La logoterapia ha demostrado ser una intervención de mucha validez para estas dependencias. En el campo del alcoholismo algunos operadores (Crumbaugh y otros 1980; Froggio 1987; Henrion 1987) han demostrado que una intervención logoterapéutica logra dar resultados interesantes para ser comparados con los de los Alcohólicos Anónimos (Homes 1970). Algunos *follows up* (seguimientos) han medido la eficacia de la logoterapia con los alcohólicos.

Crumbaugh y Carr (1979) evaluaron la eficacia del logoanálisis (una praxis estructurada para la búsqueda de un significado existencial) en el tratamiento de un grupo de alcohólicos recuperados en el Veterans Medical Center de Knoxwillee, Estados Unidos, a través de la aplicación repetida del PIL. El test fue suministrado al inicio y al final del tratamiento logoterapéutico. Los resultados mostraron un incremento en el puntaje obtenido en el test de aquellos que habían participado en intervención logoterapéutica en relación al grupo de sujetos que no habían recibido esta intervención. La conclusión de Crumbaugh y Carr es que el logoanálisis podía ayudar a los alcohólicos a aumentar los significados de vida, el proyecto de vida y la dirección personal.

Hutzell (1984) ha buscado ampliar las investigaciones de Crumbaugh y Carr. En dos estudios trató de verificar la eficacia de la logoterapia con los alcohólicos. En el primer estudio evaluó el sentido y significado en la vida, objetivos y dirección personal en dos grupos de consultantes que había participado de un programa de tratamiento ADTP (Alcohol Dependency Treatment Program): el primer grupo siguió también una intervención de logoterapia; el segundo grupo terminó el tratamiento sin la logoterapia. Los resultados evidenciaron que los sujetos del primer grupo tuvieron un índice muy alto de plenitud existencial, algo que faltaba del todo en el segundo grupo. El segundo estudio desarrollado por Hutzell tenía como fin la evaluación del comportamiento en relación al beber y al alcohol por parte de los alcohólicos bajo una intervención de logoterapia. Se buscaba por lo tanto no medir un cambio en el PIL, sino de valorar un cambio comportamental a través de un *follow up*–control. Se eligieron tres grupos de personas que habían terminado hacía 5 meses un programa de tratamiento. El primer grupo lo formaban 23 sujetos que habían participado en un tratamiento de logoterapia. El segundo grupo (primer grupo de control) estaba compuesto de 23 personas que habían participado al menos a dos sesiones de logoanálisis. El último grupo (segundo grupo de control)

estaba compuesto de 23 sujetos que no habían participado jamás en una sesión de logo-análisis. A través de un cuestionario estudiado adecuadamente para el *follow up* se evaluó el comportamiento en relación con el alcohol y el propio estilo de vida más en general. Los resultados mostraron que, con una distancia de 5 meses de haber terminado el tratamiento, aquellos que habían participado del programa logoterapéutico evidenciaban un comportamiento "más sobrio".

En el California Rehabilitation Center (Fraiser, 1979) en un período de 4 años, se realizó un tratamiento de logoterapia a un amplio número de tóxico-dependientes que tenían una edad media de 26.5 años, entre los cuales estaban personas que hacían uso de la heroína desde hacía casi 20 años, consiguiéndose un suceso terapéutico en el 40% de los casos tratados.

El CEIS, Centro Internacional de Tratamiento Italiano, padre de la mayoría de tratamientos en América Latina, desde el año de 1980 empezó un trabajo sistemático de logoterapia en el congreso mundial de comunidades terapéuticas desarrollado en Roma. Para tal efecto invitó a la psicóloga Elisabeth Lukas, austriaca-alemana y alumna de Viktor Frankl, una de las pioneras en este campo. El CEIS, igualmente reporta investigaciones donde, después de un *follow up* de dos años a consultantes que han terminado el tratamiento, el porcentaje de los que mantienen la abstinencia de drogas después de dos años va desde un 40 a un 80%.

3. El vacío existencial y el malestar social

Fizzotti[12] citando a Froggio nos dice como, según la logoterapia, el vacío existencial, el sentimiento de insignificancia y de absurdidad son fenómenos a los cuales no se les puede aplicar completamente un modelo clínico, porque son más bien fenómenos de carácter sociógeno y por lo tanto las causas se buscan sobre todo en la pérdida de las tradiciones y valores. El vacío existencial al comienzo no es patógeno, pero puede ser un terreno fértil sobre el cual se puede desarrollar un malestar. Es en la dimensión noética o espiritual, la cual no obedece a las causas naturales de causa y efecto, donde la persona se manifiesta como ser libre. Esta libertad no es una libertad de toda forma de condicionamiento sino es más una libertad para algo: Libertad para decidir, para elegir una posición frente a los condicionamientos o determinismos físicos, psicológicos, sociales. Esta libertad va siempre relacionada con la responsabilidad que es capacidad de respuesta frente a cualquier desafío de la vida, del destino, de los hechos e igualmente responder ante el deber ser o los valores que se me aparecen intuitivamente.

A la dimensión noética pertenece la motivación central del ser humano: la voluntad de significado, la voluntad de encontrar un sentido para la propia existencia. Cuando ésta no se realiza, o no se encuentra un fin, una tarea en la vida que la haga percibir como algo digna para ser vivida, se desarrolla un estado interno de vacío. Si este síntoma del vacío no se afronta y continúa en el tiempo, se puede transformar en una neurosis o un malestar social.

Continuando con Froggio, citado por Fizzotti[13] este autor plantea unas fases evolutivas de la frustración existencial:

Normalmente, durante la adolescencia es cuando con mayor fuerza se siente la exigencia de encontrar ideales, tareas, significados para la vida. Se puede decir que es en este período en que aparece la voluntad de significado, la cual ya desde la primera infancia está potencialmente presente. Se nace con la capacidad de auto-trascendencia, de abrirse al mundo. Se plantea entonces que la voluntad de significado aparece con las "operaciones formales" (Piaget e Inhelder), entre los 11-13; se pasa de una fase de pensamiento concreto, ligado a la percepción de los estados externos, a una capacidad de pensamiento abstracto que le permite tomar como objeto del propio razonamiento el mismo pensamiento, considerando muchas posibilidades al mismo tiempo y construyendo hipótesis acerca de sí mismo y del propio futuro.

La voluntad de significado se apoya sobre la maduración de las funciones cognitivas, pero no es algo estrictamente cognitivo: es existencial. La búsqueda de significados sobre los cuales poder construir la propia identidad se mueve en diversas direcciones y está fuertemente influenciada por modelos, es decir, por ejemplos de personas que han encontrado su propia identidad.

Si la búsqueda de significados no llega a resultados válidos, es decir, al descubrimiento de algo sobre lo cual poder construir la propia identidad con el efecto de un sentido de plenitud, de dirección, de orientación y de tareas, se darían las bases para un deslizamiento hacia el vacío existencial. Esta es una fase que se vive normalmente en la mitad y en la fase tardía de la adolescencia. Es éste el período en el cual el joven vive en un estado de crisis y se debate entre numerosas alternativas para encontrar aquellas justas y consolidar su propia identidad.

Elisabeth Lukas define de manera apropiada a los jóvenes de esta fase cuando habla de "tipos indecisos", es decir que dudan continuamente de su propia vida y buscan una seguridad, cualquiera que pueda ser. "Buscan un objetivo hacia el cual inclinarse, una idea a la cual engancharse, una tarea para desarrollar, porque se encuentran en un vacío miedoso, en un vacío existencial, para usar la clara expresión de Frankl. Todo les parece a ellos negativo y en duda, en el fondo no saben para qué cosa sirven; se encuentran en el estadio de la "búsqueda del sentido de la vida". Esta búsqueda de un sentido no es nada patológico, al contrario denota un estado que debe ser vivido por cualquier individuo que esté creciendo para poder encontrar un propio ritmo estable de vida, según sus propias finalidades y contenidos de la vida. Esta búsqueda de un sentido, si se bloquea en el estadio de la indecisión permanente, sin que tenga un desarrollo, puede llevar a graves daños psicológicos (Lukas, 1983, pp. 21-22)".

Froggio, citado por Fizzotti[14], nos recuerda cómo Frankl repetía que en el vacío existencial es donde florecen la voluntad de placer y la voluntad de poder. Hoy día vemos en nuestra sociedad esa búsqueda del placer a toda costa, un placer fin en sí mismo, rápido y sin responsabilidades, vacío de todo significado, que ofrece una satisfacción pasajera que no estabiliza a la persona, la cual buscará indefinidamente cada vez

más y más placeres; esto, paradójicamente, creará más displaceres y vacío. Hoy día se olvida que el placer y la felicidad deben ser más el resultado de alcanzar un fin, de descubrir un significado, de lograr una donación de sí mismo. Igualmente, la voluntad de poder se manifiesta en todo su furor hoy día: desde la voluntad de dominio en la pareja misma hasta el deseo de dominio de un país sobre el otro, la búsqueda del dinero a toda costa para tener poder y dominio. "Sólo si el interés originario por realizar un significado se frustra, entonces nos contentamos con el poder o nos preocupamos por la búsqueda del placer (Frankl, 1977b, p. 45)".

Nuestros autores[15] siguen planteando una relación entre frustración existencial y adicciones a psicoactivos donde se habla más de un proceso circular no existiendo una causalidad directa pero el vacío existencial sí interviene en el mantenimiento de la dependencia. Froggio va a plantear la hipótesis de dos formaciones circulares:

3.1. Primera formación circular

La primera formación circular se encuentra en los casos en los cuales el vacío existencial actúa como una de las causas primarias en la instauración de la dependencia. Se crea por lo tanto una circularidad en la cual la falta de significado pone las bases para que se recurra a la sustancia. Pero el uso y el abuso de las drogas tienen un efecto retroactivo en cuanto producen un posterior crecimiento del vacío y de la frustración existencial, lo cual empuja a nuevos consumos. En otras palabras, entre más una persona se droga o se emborracha para aturdirse y cubrir el vacío interior, más la dependencia hace aumentar el sentido de vacío, y así en un círculo infinito. A estos casos se le puede atribuir la definición de drogadicciones o alcoholismos noógenos. Los jóvenes que llegan a una dependencia noógena son aquellos que no han logrado superar la fase del vacío existencial y no han encontrado algo válido para la propia existencia. Se trata sobre todo de jóvenes de altos niveles socioeconómicos, que aparentemente tienen todo. La droga les ofrece a ellos la posibilidad de llenar, por lo menos momentáneamente, el vacío existencial y de reducir el aburrimiento, la apatía y de crear un ficticio sentido de identidad o una especie de ilusión de significado.

3.2. Segunda formación circular

La segunda formación circular no plantea como causa una responsabilidad directa del vacío y de la frustración existencial. De hecho, una persona puede comenzar a beber o a drogarse por motivos no propiamente existenciales: relacionales, psicológicos, psicopatológicos, etc. Comúnmente la dependencia de la droga o el alcohol sofoca en parte, la capacidad noética de autodirección, de libertad y de responsabilidad. Cuando una persona entra en una condición de dependencia "no se orienta más hacia un sentido o un objetivo, según tareas o valores de su vida sino que obedece a la imposición de la droga o el alcohol, se orienta según los deseos de ellos y al miedo a la crisis de abstinencia (Lukas, 1983. p. 237)". De esta manera, el vacío existencial aparece al inicio sólo como un factor secundario y, por lo tanto, como elemento de importancia en el

mantenimiento de la dependencia.

De hecho, si un sujeto no ha comenzado a drogarse o a beber por motivos existenciales, cuando más tarde cae en el vacío existencial continúa bebiendo y drogándose para tratar de cubrir el sentido profundo de absurdidad y de vacío, recurriendo siempre más a nuevos consumos. Probablemente, en una fase avanzada de dependencia, los factores primarios –sería mejor decir las con-causas primarias– que han favorecido la dependencia se han olvidado del todo. La dependencia es mantenida por el vacío existencial y por el debilitamiento de las fuerzas de la obstinación del espíritu.

Es importante tener en cuenta que, desde la logoterapia, las sustancias bioquímicas, los hechos sociales, etc. condicionan la dimensión noética o espiritual de la persona pero no la determinan; es decir, la persona en el fondo conservará la capacidad para elegir y tomar una actitud ante el consumo de drogas. Su ser facultativo sigue actuando.

4. Algunas tipologías relacionadas con el vacío existencial

Froggio plantea algunas tipologías que parecen estar más relacionadas con el vacío existencial.

4.1. Personalidad insatisfecha

Son personas que no logran encontrar satisfacción en lo que hacen y sus actividades aparecen vacías de cualquier sentido y significado. Se sienten golpeadas por un sentimiento de absurdidad y de vacío; por ejemplo, el trabajo no les da un sentido de utilidad y de plenitud, pues han tenido que elegirlo sin verlo como objeto verdadero de sus aspiraciones profesionales. Son personas en el trabajo equivocado. El trabajo para ellos es fuente de frustración.

En esta tipología entran las mujeres a las cuales la familia no les basta y no le encuentran sentido a su función materna y de amas de casa. Para ellas los días son aburridos e iguales. Tales personas insatisfechas y frustradas buscan en el alcohol una forma de escape.

4.2. Bebedores o adictos del fin de semana

Está representada por aquellos que han encontrado un sentido, uno solo y totalizante. Tal vez lo han encontrado en el trabajo y, cuando no trabajan, no saben qué otra cosa hacer y entran en un estado de aburrimiento y sufrimiento. El apego al trabajo probablemente los ayuda a distraerse, a no pensar en la propia condición existencial; sin el trabajo, la falta de significado y el vacío existencial los dominan. Hay muchas hipótesis para asegurar que en la sociedad occidental estos sujetos son numerosos: se trata de personas que durante el fin de semana y las festividades de diciembre, para evadir su vacío interior, se emborrachan o se drogan de manera excesiva. Pasados estos momentos, cuando regresan al trabajo son empleados y funcionarios modelo.

4.3. Personalidades desilusionadas

Hay algunos que beben o se drogan porque tuvieron serios problemas; porque han tenido que confrontarse con un destino duro, o han perdido un ser querido y que no han encontrado una razón, un motivo válido para seguir adelante; o han perdido algo muy importante que daba sentido a toda su existencia. Pueden ser todos aquellos que han llegado a la edad de jubilación, que no encuentran nada qué hacer, no saben cómo utilizar su tiempo y permanecen en un parque o con un vaso de vino entre sus manos en la soledad de su casa. Se podría pensar también en aquellas mujeres que durante toda su vida no han hecho otra cosa que cuidar sus hijos y, cuando ellos hacen una familia propia, pierden el sentido de su existencia y entran en un estado depresivo. A estas personas, el alcohol y la droga les hacen olvidar momentáneamente las ilusiones perdidas.

4.4. Personalidades confusas

Son aquellos que no han logrado encontrar algo valioso para sí mismos; están confundidos, pasan de una experiencia a la otra sin encontrar gusto por ninguna. Son parecidos a los "tipos indecisos", aquellos jóvenes que aún no se deciden por algo que pueda darles dirección e identidad. Las personas confusas viven también ellas esa situación de duda pero no son ni adolescentes ni jóvenes. Viven en la permanente incertidumbre, son incapaces de elegir definitivamente algo sin tener que retroceder a cada momento. Son relativistas y escépticos. Sus únicas convicciones son el hedonismo y el consumismo. Están convencidos de que la vida debe ser vivida de manera feliz: "comamos y bebamos que mañana moriremos". Generalmente, la vida no les ha pedido a estas personas un desafío o una tarea verdadera; el bienestar y la abundancia les permiten tener lo que quieren y así se vuelven consumidores compulsivos: consumen dinero, trabajo, sexo, amor. Parecen estar hambrientos de muchas experiencias y por eso una sola no basta. El vacío en el cual viven estas personas es muy peligroso, porque está lleno de cosas inútiles, que se conocen poco y no se aman verdaderamente. Es un vacío que se trata de llenar con experiencias banales, superficiales y efímeras. De esta manera se debaten siempre en la incertidumbre y para acallar la voz de la conciencia que les reclama una vida significativa y con sentido recurren a las drogas y al alcohol.

5. Características de malestar social que pueden estar presentes en las personas con vacío existencial y que son factores de riesgo para el consumo de psicoactivos

5.1. Provisionalidad de la vida

Son personas que viven al día, sin grandes ambiciones para el futuro. Hay falta de proyectos, imaginación y de planeación para la propia existencia. Todo se cristaliza en el presente. La persona parece vivir un tiempo en el cual los días presentes son una fotocopia de las pasadas y de las futuras. Hay una presencia de aburrimiento: "y el tiempo no pasa jamás". La provisionalidad de la vida encierra para estas personas la

inutilidad de toda forma de acción, porque todo es inútil. Se asiste así a la abdicación de todo esfuerzo personal para apropiarse el propio destino.

5.2. Actitud fatalística ante la vida

Es la incapacidad de sentirse responsables ante la propia vida. Son personas que creen que todo o casi todo es resultado del azar, del acaso, de las circunstancias, del destino. Así, el propio comportamiento, sea cual sea, es justificable. La libertad para decidir qué ser y la responsabilidad que debería acompañar esta decisión están negadas. El comportamiento propio, desde esta óptica, depende de otras causas, de los otros que nos rodean.

5.3. Mentalidad colectivista

Son personas que no reconocen en ellos mismos una capacidad de autodirección. Estas personas delegan en los demás las propias decisiones, cualquier líder o cualquier grupo deciden lo que debe hacerse: "¿dónde va Vicente? ¡Para donde va la gente!". Esta mentalidad puede permitir que se desarrollen conductas sociopáticas.

5.4. Fanatismo

Al contrario de la mentalidad colectivista, donde se ignora la propia personalidad, en el fanatismo se ignora la personalidad del otro que es diferente de mí, que piensa y actúa de manera diversa a mí. Los fanáticos normalmente son personas que construyen la propia existencia sobre un único valor totalizante; son intolerantes, para ellos tiene valor sólo la propia convicción, todo es legítimo para defenderla, para llegar al propio fin. Son incapaces de escuchar la propia voz de la conciencia y fácilmente caen en actos criminales.

Las personas que tienen alguna o algunas de estas características fácilmente desarrollan adicciones noógenas.

6. Investigaciones que relacionan las adicciones y la frustración existencial

En logoterapia una de las hipótesis más trabajadas es la que relaciona la adicción a psicoactivos con la problemática del sentido y del significado de la vida: la drogadicción síntoma de un malestar existencial.

A continuación resumimos una investigación publicada en julio de 1995[16] y realizada en el Centro Español de Solidaridad "Proyecto Hombre" de Madrid. La investigación fue dirigida por la doctora María Ángeles Noblejas de la Flor, donde se encuentra la relación entre adicción a las drogas y frustración existencial.

6.1. Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido dentro del programa

terapéutico – educativo Proyecto Hombre de Madrid

El objetivo de esta investigación se sitúa dentro de un trabajo que pretende aportar experiencias de validación empírica de la logoterapia. En concreto, se realiza una experiencia de evaluación del logro interior de sentido en una determinada muestra de población de la que se supone una situación de vacío existencial: personas con problemas de toxicomanía.

Los problemas de adicción a la droga son ampliamente considerados dentro de la labor logoterapéutica (cf. Dielnet, 1984; Fabry, Bulka y Sahakian, 1979; Frankl, 1987b, 1988a; Lukas, 1983a; Roberts, 1980; Froggio, 1990; Walters, 1993).

En los postulados de la logoterapia, el abuso de substancias como la droga es un fenómeno que se sitúa, dentro de la llamada "tríada neurótica de masas" (depresión, agresión y suicidio) al poder ser considerado como un suicidio lento o, como dice Dielnet (1984), un "suicidio doloroso".

El presupuesto logoterapéutico explicativo de la drogadicción es el concepto de frustración existencial. Por ejemplo, Elisabeth Lukas citada por Noblejas[17] dice:

"La frustración existencial, que cada vez afecta a mayor número de personas, y que en particular arrastra con su oleaje a muchos jóvenes, es el caldo de cultivo ideal para la adicción al alcohol y a las drogas"[18].

Además, algunos estudios e investigaciones (Shean y Fechtmann, 1971; Padelford, 1974) informan de relaciones significativas inversas entre sentido de la vida y el abuso de drogas.

El consumo de droga es un intento vano de llenar el vacío existencial.

La presente investigación no pretende adentrarse en una explicación directa del amplio mundo del abuso de las sustancias nocivas, sino en el contraste experimental de una hipótesis logoterapéutica.

Hipótesis

Desde estos planteamientos, abordamos una evaluación del logro interior de sentido en una muestra de sujetos con problemas de adicción a las drogas esperando confirmar la relación entre abuso de drogas y frustración existencial. Podemos verificarlo desde dos puntos de vista:

Comparación de una muestra de sujetos toxicómanos con la población "normal" (la utilizada para la baremación en España de dos test logoterapéuticos).

Estudio del logro interior de sentido en diferentes fases de un programa terapéutico educativo de ayuda para superar el problema de drogadicción (en concreto, el Proyecto Hombre de Madrid) y tras finalizar el mismo.

En el primer punto, la relación entre abuso de drogas y frustración existencial se reflejaría en una orientación de sentido significativamente menor en la muestra de sujetos drogadictos. Por otra parte, esta relación se traduciría en el segundo punto en una mejora significativa del logro interior de sentido al finalizar el programa terapéutico educativo,

acorde con el abandono de las drogas logrado (sólo un 20% presentan recaídas). Como consecuencia establecemos las siguientes hipótesis:

– *Hipótesis 1:* La adicción a la droga está ligada a una situación de frustración existencial; por tanto, una muestra de personas con adicción a las drogas presentará en los tests puntuaciones de menor sentido, significativamente diferentes a las de la muestra normativa.

– *Hipótesis 2:* La remisión del problema de drogadicción está en relación con un incremento significativo en el logro interior de sentido hasta alcanzar valores normales.

Sujetos

Los sujetos con los que hemos contado en esta investigación son 125 personas implicadas en problemas de drogadicción e incluidas en el programa terapéutico educativo "Proyecto Hombre" de Madrid, que respondieron los test PIL y LOGO test. También se ha contado con 33 sujetos que fueron dados de alta del programa hace más de dos años y que no han recaído.

Estos sujetos se agrupan en tres muestras correspondientes a cada fase del programa: una pertenece a la fase de acogida (40 personas de orientación), otra a la fase de comunidad (40 personas) y una última perteneciente a la fase de reinserción (45 personas de fase C). La muestra de sujetos dados de alta (graduados) se denominará de seguimiento.

A pesar de no ser un estudio longitudinal, la edad refleja el paso del tiempo a medida que avanza el programa. El porcentaje de mujeres es más bajo que el de los hombres pero eso también ocurre en el porcentaje global de drogadictos (Datos aportados por Muñoz Fernández quien es citado por Noblejas[19]). Como grupo normativo se ha utilizado la muestra obtenida en la baremación para España en los test utilizados (Noblejas, 1994).

Materiales

En este apartado describimos los test PIL y LOGO test utilizados para medir el sentido de la vida en la investigación.

1 El test de sentido de la vida (PIL , Purpose-In-Life test)

Este test tiene como objetivo detectar el vacío existencial (la presencia de neurosis noógenas debe ser diagnosticada con la evaluación de los síntomas habituales de neurosis noógena, en conjunción con el vacío existencial). Se ha comprobado que es útil en situaciones tanto de orientación personal y vocacional y en el tratamiento de enfermos neuróticos, como en aplicaciones colectivas para realizar investigaciones.

Consta de tres partes. La primera está formada por 20 ítems, donde el sujeto se sitúa a sí mismo en una escala de 1 a 7 entre dos sentimientos extremos (escala tipo likert de 7 puntos), y representa la parte cuantitativa del test que es la que usamos en esta investigación.

Las partes segunda y tercera no se cuantifican (los intentos para lograrlo han añadido poca información a la aportada por la primera parte), lo que justifica, según indican Crumbaugh y Maholick (1969), su no inclusión en estudios de investigación como el presente. Su objetivo es proporcionar información para la interpretación clínica. Solicitan al sujeto que termine una frase general ya comenzada en el protocolo (parte 2) sobre el sentido de su vida y que exprese libremente su situación vital (parte 3) describiendo en detalle los propósitos, metas y ambiciones así como su progreso respecto a ellos.

La puntuación del PIL indica mayor sentido de la vida cuanta más alta es.

El manual de este test (Crumbaugh y Maholick, 1969) describe sus características de validez y fiabilidad.

Sobre las respuestas a las preguntas del test, se pueden calcular unas puntuaciones factoriales, o factores, como suma de la puntuación de ciertas preguntas relacionadas afectadas por un coeficiente según su importancia en el aspecto que las relaciona. Para el test PIL se han identificado (Noblejas, 1994):

- FP1: Percepción de sentido, que agrupa preguntas sobre la percepción de razones para vivir la propia vida.
- FP2: Experiencia de sentido, que comprende preguntas relativas a sentir la existencia personal llena de cosas buenas.
- FP3: Metas y tareas, que aglutina preguntas sobre la propia responsabilidad, metas y tareas a desarrollar.
- FP4: Dialéctica destino–libertad, que reúne las preguntas que abordan la libertad personal en las decisiones y la preparación ante la muerte.

EL LOGO test

El LOGO test es también un test de autoinforme diseñado para medir el logro interior de sentido o su negación, la frustración existencial (las puntuaciones son proporcionales a esta última). Es aplicable a sujetos mayores de 16 años y ofrece información sobre el grado de sentido que un individuo tiene en su existencia, indicando si puede atribuir sentido a su vida y mediante qué contenidos o si, por el contrario, padece sinsentido. Debía contemplar aspectos no recogidos por el PIL y conservar, a la vez, la unidimensionalidad, a pesar de sus heterogéneas partes.

El LOGO test consta de tres partes diferenciadas:

La primera tiene su origen en los contenidos de sentido expresados por 1000 transeúntes (encuestados al azar y con edades comprendidas entre 20 y 70 años). Tales contenidos se agruparon en 9 grandes categorías (bienestar material, autorrealización, familia, actividad ocupacional principal, socialidad, intereses, vivencias, servicio a los otros, situación de necesidad – su superación, afirmación de la vida a pesar de todo...) y dieron lugar a cada una de las preguntas de esta primera parte.

La segunda parte intenta captar la frustración existencial concretando los efectos generales de la frustración (descritos como agresión, regresión, súper-compensación, reacción de huida, adaptación razonada, neurosis y depresión) en sus aspectos noógenos. Consta de siete preguntas, de las cuales la pregunta II.5 tiene un orden de puntuación

inverso.

La parte III consta de dos subpartes. En una de ellas se presentan tres casos que, por un lado, ejemplifican la parte II y por otro buscan un valor de perspectiva enjuiciando otros casos; a partir de las descripciones de tres personas se pregunta cuál es la más feliz y cuál la que más sufre. La expresión del juicio del sujeto sobre estas tres vidas es lo que se conoce como parte III.2. La otra subparte (parte III.3) pide la descripción libre de lo esencial de la vida de quien realiza el test, a evaluar con una escala de sentido (que distingue el "logro interior de sentido" de la conciencia de éxito) y otra de actitud (que evalúa actitudes positivas tanto frente al éxito como frente al fracaso). Ambas escalas están exhaustivamente definidas y ejemplificadas, para asegurar una adecuada corrección.

El manual de LOGO test (Lukas, 1986) describe sus características de validez y fiabilidad. Se han descrito, además (Noblejas, 1994), 6 factores que describen los diferentes aspectos de este test:

- FL1: Frustración existencial, recoge todas las preguntas menos una de la parte II y una de la parte I.
- FL2: Balance existencial, incluye las puntuaciones del texto libre.
- FL3: Metas y tareas, agrupa las preguntas sobre realización de metas.
- FL4: Intereses y compromisos, incluye preguntas sobre intereses personales (arte, contemplación de la naturaleza, conocer temas concretos...) y tareas de mejora social.
- FL5: Flexibilidad axiológica, compuesto por la parte III.2.
- FL6: Sentido del entorno, que recoge las preguntas sobre la familia, las relaciones personales y la tranquilidad cotidiana.

Método

La experiencia se realizó a través de un estudio transversal donde se asume que las muestras recogidas (con aplicación simultánea de las pruebas) son representativas de las distintas fases del "Proyecto Hombre". La suposición subyacente es que las diferencias en el logro interior de sentido están ligadas, precisamente, a la remisión del problema de drogadicción. Esto puede no ser correcto por dos tipos de causas (que ejemplificamos para nuestro problema siguiendo a [20] Pérez Juste, 1986):

Se puede producir una selección de la muestra en cada fase que origine grupos sesgados (de hecho se producen abandonos, aunque fundamentalmente en los primeros momentos del programa "proyecto Hombre"). Esto, que desde el punto de vista de los programas de rehabilitación es muy importante (y que se abordará en un estudio posterior), no será relevante para comprobar nuestra segunda hipótesis ya que de hecho buscamos un grupo especial: los sujetos en que ha remitido el problema de drogadicción, a los cuales es muy difícil localizar al margen de un programa de tratamiento.

En situaciones de cambio social acelerado, las diferencias pueden reflejar cambios

generales más que cambios debidos al proceso estudiado. En nuestro caso, con unos dos años de duración del programa, no son de esperar cambios generales importantes. Sin embargo, esta puntualización nos pone en guardia respecto a interpretar las diferencias que se encuentren como resultado único del proceso terapéutico educativo olvidando factores como haber encontrado trabajo, reconstrucción familiar, etc. (aspectos que, a su vez, están directamente relacionados con el logro interior de sentido).

La gran ventaja de este método es la rapidez y, para compensar sus deficiencias se propone (cf. Pérez Juste, 1986) una revisión periódica por medio de nuevos estudios transversales o un estudio longitudinal-transverso (que será el resultado final cuando se complete el estudio longitudinal que actualmente está comenzado).

Se realizaron tres aplicaciones colectivas (apenas separadas por dos semanas) de los tests PIL y LOGO test en cada una de las fases del "Proyecto Hombre". Así mismo, con algo más de trabajo, se recogieron los tests correspondientes a la muestra de seguimiento.

La prueba H de Kruskal–Wallis indica que las diferencias entre el conjunto de los grupos del programa, agrupados en una misma muestra, y la población "normal" son significativas. La misma prueba también nos indica diferencias entre los grupos correspondientes a las distintas fases del programa. Todas estas pruebas son significativas (lo que ha sido confirmado también con un análisis de varianza) para un nivel de confianza del 99.9%, excepto las diferencias del LOGO test entre los niveles del "Proyecto Hombre" que sólo lo es al 95%. Esto quiere decir que existe una evolución (con las salvedades indicadas para el estudio transversal) a lo largo del programa que no se puede interpretar como variaciones debidas al azar.

En el PIL aparecen diferencias significativas entre los sujetos de los grupos de acogida o comunidad y los pertenecientes a reinserción o a la muestra "normal". Entre acogida y comunidad no se detectan diferencias así como entre reinserción y el grupo de baremación tampoco. El grupo de seguimiento no difiere del grupo "normal" pero sí respecto a los grupos en programa.

Según el test PIL, el sentido de la vida va aumentando produciéndose los mayores cambios entre comunidad y reinserción y entre esta fase y seguimiento.

Para el LOGO test, todos los cambios entre fases son significativos, excepto el paso de acogida a comunidad.

La mayor discrepancia en el comportamiento de los dos tests logoterapéuticos radica en la comparación del grupo de Reinserción del "Proyecto Hombre" y la población normal. El LOGO test muestra diferencias significativas (nivel de significación del 99.9%) mientras que el PIL no (excepto en el análisis de varianza sin suponer varianzas similares en los grupos). Es decir, a la salida del "Proyecto Hombre" el PIL considera a las personas graduadas en situación de normalidad pero el LOGO test no. Sin embargo, el grupo de seguimiento (específicamente el grupo donde la rehabilitación está más probada) consigue puntuaciones que no se diferencian de las del grupo "normal".

Conclusiones

Dadas las diferencias significativas entre las puntuaciones de los test logoterapéuticos PIL y LOGO test del grupo de acogida del "Proyecto Hombre" de Madrid y la muestra utilizada para baremar ambos test, podemos afirmar que la adicción a la droga está ligada a una situación de frustración existencial, confirmando nuestra hipótesis (con un nivel de probabilidad de 99.9%).

Respecto a la hipótesis segunda, dadas las diferencias significativas en el logro interior de sentido encontradas entre los grupos del "Proyecto Hombre" y más específicamente las diferencias entre el grupo de acogida (que caracterizaría a la población drogodependiente) y el de seguimiento (que caracteriza a la población en la que ha remitido el problema de drogadicción) en los aspectos medidos por el test PIL y los medidos por el LOGO test, podemos afirmar que la remisión del problema de drogadicción está en relación con un incremento significativo en el logro interior de sentido, lográndose alcanzar valores normales.

En cuanto al estudio de las tres fases del "Proyecto Hombre" de Madrid, sin que se pueda afirmar que las diferencias son únicamente resultado de la intervención terapéutico educativa, podemos concluir:

– Las puntuaciones del test PIL muestran diferencias significativas entre los grupos pertenecientes a distintas fases del programa terapéutico educativo "Proyecto Hombre" de Madrid. La mejora del sentido de la vida posibilita que el grupo de reinserción no presente diferencias significativas respecto a la muestra "normal".

– Las puntuaciones del LOGO test muestran un empeoramiento no significativo del sentido de la vida en la fase de comunidad del "Proyecto Hombre" de modo que la mejoría de la fase de reinserción es significativa respecto a ésta pero no respecto a la primera fase de acogida, ni tampoco respecto a la muestra "normal".

– Existen algunos aspectos de sentido que mejoran significativamente llegando a valores "normales" (balance existencial FL2), percepción de sentido (FP1), experiencia de sentido (FP2) y metas y tareas (FP3)), otro que, a pesar de la mejora, no llega a equipararse a los valores de la población "normal" (frustración existencial FL1), mientras que el resto se mantiene sin variación significativa.

– Los cambios siguen produciéndose una vez abandonado el programa pudiéndose considerar los sujetos de seguimiento con un sentido de la vida normal.

Seguidamente hacemos una síntesis de una investigación (Revista Mexicana de logoterapia, n. 1, verano 1998) de la doctora María Ángeles Noblejas, que de nuevo plantea una relación entre el incremento del sentido y la rehabilitación del adicto.

6.2. Evaluación de los abandonos en las primeras fases de un programa de tratamiento de drogadicción

Introducción y antecedentes

El presente estudio se sitúa en una línea de validación de la logoterapia, de aportación de datos empíricos que muestran la existencia en la persona de una voluntad de sentido. Ello lo hace poniendo a prueba, en este caso, la capacidad de algunos instrumentos

logoterapéuticos de evaluación para ser predictores de los abandonos de un programa terapéutico educativo que trabaja con personas que tienen problemas de adicción a las drogas. Esta información puede ser muy útil como orientación en la toma de decisiones terapéuticas.

Como trabajos previos contamos con la baremación para España de los dos test logoterapéuticos más difundidos (Noblejas, 1994): el PIL (Crumbaugh, 1969) y el LOGO test (Lukas, 1986). Además se ha realizado una evaluación transversal del conjunto del programa terapéutico referido, estudiando los niveles de logro interior de sentido de la vida que tienen los sujetos que se encuentran en las distintas fases del programa, incluido un grupo que ya lo ha completado. Gracias a esta investigación (Noblejas, 1997) pudimos extraer las siguientes conclusiones:

Dadas las diferencias de sentido (medido por los test PIL y LOGO test) entre las personas que llegan al proyecto con problemas de droga y la población normativa, podemos afirmar que la adicción está ligada a una situación de frustración existencial.

La eliminación del problema de drogadicción está relacionada con un incremento significativo del sentido de la vida, que alcanza niveles "normales" en el grupo dado de alta por el programa (LOGO test) o incluso ya en la última fase del proyecto (para el test PIL). Todo ello viene corroborado por las diferencias significativas de puntuación entre la fase inicial y final del proyecto, y por la no existencia de diferencias entre la fase final (según el test PIL) o el grupo con alta (según los dos tests usados) respecto a la población normativa.

Sujetos, materiales y métodos

En esta investigación nos centramos en la primera fase del proyecto terapéutico educativo Proyecto Hombre Madrid para personas con problemas de adicción a las drogas. En dicha fase, que tiene una duración de unos 9 meses, se produce un abandono que ronda el 50% de los sujetos que comienzan. Esta fase de acogida consta de tres subfases (de unos tres meses cada una): orientación (A1), intermedio (A2) y precomunidad (A3).

Las posibles explicaciones para este fenómeno podrían ser la dificultad para afrontar la dureza del programa, la necesidad de ver resultados muy inmediatos, la falta de motivación profunda para salir de la droga, etc. Nosotros, desde una perspectiva logoterapéutica intentamos rastrear una dificultad no ya en contar con una vida significativa, pues como pusimos de manifiesto anteriormente se encuentran en una situación de vacío existencial, sino en las posibilidades para encontrar ese sentido.

Por ello incorporamos en nuestra investigación (además del test PIL y LOGO test ya citados) el test SONG (Seeking of Noetic Goals, Crumbaugh, 1977), propuesto por su autor como complemento al test PIL y que trata de evaluar la necesidad que experimenta la persona de encontrar sentido en la vida. Aunque no contamos con baremación de este test para España, esto no obstaculiza la investigación ya que tratamos de encontrar diferencias entre los sujetos que abandonan el programa y los que no lo hacen, sin

implicar una muestra normativa. Esta búsqueda se apoyará en las pruebas estadísticas H de Kruskal–Wallis y Chi-2 sobre tablas de frecuencia para las diferencias entre grupos y análisis discriminantes para rastrear funciones que maximicen la diferencias entre el grupo que abandona y el que no lo hace.

La experiencia se concreta en la administración, al inicio de cada subfase, de los tres test que vamos a utilizar en el estudio: el test SONG y dos test de sentido de la vida, PIL y LOGO test.

Resultados y discusión

Observamos, en primer lugar que de los 100 sujetos que iniciaron el programa sólo 66 llegaron a la segunda subfase y sólo 52 alcanzaron la tercera subfase. Este abandono es el que suele ocurrir en el programa habitualmente y el que motivó esta investigación. Por otra parte, como conjunto, mejora el sentido de la vida apreciándose un incremento de las puntuaciones del test PIL y disminución de las del LOGO test (este mide frustración existencial por lo que sus puntuaciones son inversas al anterior). Respecto al SONG, resaltamos que baja a medida que avanza el programa, es decir, se va moderando la necesidad de encontrar sentido.

Si nos centramos en el abandono de la primera subfase, notamos que el grupo de 34 personas que abandonan, posee puntuaciones más bajas de sentido tanto en el PIL como en el LOGO test que las 66 que continúan. Pero las mayores diferencias y significativas al 97% se dan en la puntuación del SONG: 92.1 para los que abandonan, 86.1 para los que se quedan.

Desde un punto de vista logoterapéutico, se pudiera interpretar que el grupo que abandona sufre una gran necesidad de sentido, lo que les impediría tener paciencia para alcanzar otras fases del programa o les exigiera apreciar inmediatamente una salida a su situación.

El abandono en la segunda subfase lo analizamos separando a los 66 sujetos que llegan a ella en el grupo de 14 que la van a abandonar (por lo que no tendremos sus puntuaciones de A3) y en otro grupo de los 52 que no abandonan (los únicos de los que contamos puntuaciones en las tres subfases). Aquí el abandono no se produce como en la primera subfase en función de la necesidad experimentada de encontrar sentido ya que en ambos casos son similares (84.5 para los que abandonan frente a 84.1 para los que se mantienen), sino en la bajada de sentido que experimentan aquellos que se van (de 91.1 a 88.6 en el PIL, de 17,6 a 19,1 en el LOGO test). Por tanto, el abandono en la segunda fase se debe a que estos sujetos han ido perdiendo sentido (especialmente en un factor denominado experiencia de sentido), quienes se encuentran peor que al principio. Las diferencias en las puntuaciones del test PIL entre el grupo que abandona y el que se queda son significativas al 98%.

Desde un punto de vista logoterapéutico las personas que abandonan en esta segunda fase han acentuado su frustración existencial, lo que sugeriría cuidar especialmente el trabajo sobre la experiencia de sentido en aquellos participantes en el programa que

disminuyan sus puntuaciones de sentido.

En relación con las conclusiones apuntadas en experiencias anteriores, se confirma el bajo sentido de la vida mostrado por las personas que se incorporan al programa, con puntuaciones de conjunto que se sitúan en frustración existencial (20% de puntuaciones más bajas de la población normativa, siguiendo el criterio de Lukas, 1986). También se confirma el incremento de las puntuaciones de sentido encontrado en el estudio transversal precedente, pudiéndose afirmar ahora que la mejoría radica en el incremento de las puntuaciones de los que se quedan y no en el mero abandono de sujetos con bajas puntuaciones. Por ejemplo, el grupo de 52 sujetos que se mantienen en el programa pasa de puntuaciones de 94,8 en el PIL a puntuaciones de 101,4, y de 17.9 a 16.9 en el LOGO test.

A su vez, la necesidad de encontrar sentido (puesta de manifiesto por el test SONG) disminuye a medida que se van consiguiendo elementos de sentido.

Si quisiéramos establecer un programa alternativo o complementario para las personas que llegan a abandonar el programa en esta primera fase de acogida, podríamos definir una puntuación del test SONG de 89 como punto de corte para decidir que una persona con puntuaciones superiores debería ser atendida contando con esas ayudas suplementarias.

6.3. Conclusiones

Se confirman, respecto a investigaciones anteriores, las puntuaciones de frustración existencial que presentan las personas con problemas de drogadicción y los incrementos de sentido que se producen en la medida en que va remitiendo el problema. Además, se confirma en este pequeño estudio longitudinal que la evolución positiva de los grupos no es por una mera eliminación de las puntuaciones de peor sentido.

Se pueden detectar (con un cierto margen de error) los sujetos que van a abandonar en la primera subfase de acogida por medio de las puntuaciones del test SONG, con lo cual podríamos plantear un tratamiento complementario que atendiese a su gran necesidad de encontrar sentido.

Dado que se predice por exceso los que van a abandonar, algunos más de los estrictamente necesarios recibirán esta ayuda, lo que no es tan importante como que muchos que la necesitasen no la recibieran. Se pueden detectar, además, las personas que corren peligro de abandonar en la segunda subfase por reducirse las puntuaciones del test PIL de la segunda aplicación respecto a las iniciales.

Capítulo 3

PREVENIR LA DROGADICCIÓN Y EL ALCOHOLISMO

El tema de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas es desafortunadamente un aspecto secundario en el actual panorama mundial, donde priman las políticas represivas, criminalísticas, funcionalistas. La tendencia más estructuralista es minoritaria; es aquella que plantea políticas de lucha contra la miseria de la mayoría de los países productores de drogas ilegales, miseria producida en gran parte por los países productores de drogas legales.

Un verdadero enfoque preventivo, creemos nosotros, debe partir de una opción por una cultura por la vida, debe contemplar aspectos como el pago justo a los países pobres por sus productos de exportación, la condonación de la deuda externa (la cual, ya ha sido pagada, teniendo presente los intereses usureros de la banca internacional), el replanteamiento de un modelo económico que identifica el ser con el tener, que esclaviza con un consumismo desaforado y depredador de la naturaleza.

Una política de prevención debe favorecer los valores humanistas existenciales, el rescate de sanas tradiciones, la mayor comunicación existencial entre los miembros familiares, la responsabilidad, la solidaridad, la búsqueda del sentido y significado de la vida, entre otros. A continuación, describiremos algunos de los modelos de prevención más utilizados por la comunidad internacional, haciendo énfasis en los que consideramos más acordes con una cosmovisión humanista existencial.

1. Síntesis de algunos modelos utilizados para prevenir el consumo de psicoactivos

Ante todo es bueno recordar que la mayoría de expertos están de acuerdo en que el problema de la droga hoy día es, sobretodo, un conflicto de tipo geopolítico y socioeconómico; por lo tanto, estas son variables fundamentales para afrontar un programa de prevención local, nacional y mundial. Pero por no ser objeto de estudio del presente texto, dichas variables no serán abordadas.

1.1. Modelo: información - conocimiento

Parte de la hipótesis según la cual la drogadicción es causada por los escasos conocimientos sobre las consecuencias del abuso de drogas (Moskowitz, 1984)[21]. La suministración de informaciones correctas debería ser por lo tanto un instrumento válido de prevención.

1.2. Modelo: Educación frente al problema droga

No es muy diferente del anterior, se hace más énfasis en la educación y no tanto en la información. Bukowski (1979) define esta intervención como "un proceso de aprendizaje bien definido y estructurado que hace que los individuos desarrollen capacidades eficaces de las cuales tienen necesidad para ayudarse a sí mismos". Se analizan problemas de las motivaciones humanas, presión del grupo de pares, proyectos individuales, influencia de los medios de comunicación, etc. Cuando este modelo es asociado con el de "dirección afectiva del salón de clase" se ven mejores resultados. (Newman et al., 1984)

1.3. Modelo: Dirección afectiva del salón de clase

Es un enfoque general dirigido a los profesores que ponen acento sobre el desarrollo afectivo de los estudiantes. Se busca que los profesores sean más sensibles y disponibles a las necesidades afectivas de los estudiantes.

1.4. Modelo: Competencias y capacidades sociales

Pentz (1983) lo define así: "las capacidades sociales son una secuencia dinámica de cogniciones y comportamientos que se determinan recíprocamente en el tiempo tendiendo a instaurar relaciones interpersonales eficaces". La falta de desarrollo de tales capacidades influye en muchos comportamientos sociopáticos y en la drogadicción. Se desarrollan estrategias comportamentales de autocontrol, técnicas de comunicación verbal y no verbal, programas de asertividad.

1.5. Modelo: Alternativas sociales

Se busca ofrecer respuestas de tipo social a las exigencias de los jóvenes por medio de la participación en actividades que ocupen el tiempo libre.

Hay cuatro niveles de experiencias: físico, sensorial, emotivo, interpersonal. Se hace énfasis en pertenecer a grupos de ayuda a los demás.

1.6. Modelo: Promoción de la salud

Parte de una definición de la OMS: "la salud no es ausencia de enfermedad, sino una condición de equilibrio armónico, físico, psíquico y espiritual del individuo integrado dinámicamente en su ambiente natural y social". La intervención busca reforzar los comportamientos que favorecen la salud.

1.7. Modelo: Movilización de los padres

Este modelo busca la preparación de los padres para afrontar las características de la enfermedad. Es un modelo que da buenos rendimientos y aumenta la armonía entre padres e hijos.

1.8. Modelo: Movilización de la comunidad

Se busca ante todo la creación de grupos de autoayuda. Se generan grupos de presión, marchas de protesta.

1.9. Modelo: Entrenamiento asertivo

Se basa sobre la hipótesis según la cual muchos jóvenes consumen drogas porque no son asertivos. Horan y Williams (1982) en una investigación y con seguimiento de 3 años demostraron que altos niveles de asertividad y disminución del uso de alcohol y marihuana van asociados.

1.10. Modelo: Consejería en resolución de problemas

Parte del supuesto de que la ausencia de una modalidad eficaz de resolución de problemas puede inducir al uso de drogas. Utiliza 4 puntos en la resolución de problemas:

– Identificación del problema
– Exploración de posibles soluciones
– Selección y elección de una solución
– Evaluación y seguimiento

1.11. Modelo: Educar en el sentido de la vida

Para la logoterapia es fundamental el desarrollo de la intuición de la dimensión noética o espiritual para que por medio de ella descubramos el sentido y el significado de los acontecimientos que nos pasan. Proponemos ahora un tema de Fizzotti[22] que se puede interpretar como una manera muy efectiva para trabajar en la prevención del consumo de psicoactivos. Le damos mayor relevancia a este modelo por cuanto es el más relacionado con el objetivo de este libro.

El problema del sentido de la vida es un problema antiguo en cuanto a la humanidad. Ya el filósofo griego Sileno de manera pesimista decía: "Lo mejor es no haber nacido; lo segundo, morir pronto". En nuestros días, la pregunta se toma con la misma insistencia a través de las famosas palabras de Albert Camus en su libro *El mito de Sísifo*: "La cuestión fundamental de la filosofía es saber si la vida merece o no merece ser vivida".

La demanda de sentido está estrechamente conectada a la crisis de la razón instrumental y de sus modelos de comportamiento. En la sociedad del pasado, en efecto, las tradiciones culturales imponían estilos de vida bien precisos a los cuales era necesario adaptarse, con una aceptación pasiva y acrítica, o reaccionar a través de un reclamo sistemático muchas veces considerado irracional. En uno y en otro caso el sentido de la vida, ya sea a nivel personal o a nivel comunitario, no había entrado en crisis.

Es a partir de la Edad Media cristiana que la búsqueda de sentido se hizo más problemática. Liberado de las tradiciones y del peso de una fe obligada, el hombre comenzó lentamente a presentar el problema de su identidad personal, de su colocación en el proceso histórico y del significado de asumir sus acciones en el vivir cotidiano.

La pérdida del sentido aparece, en forma desconcertante y siempre más preocupante, con el surgimiento en nuestros días de posturas irracionales, con la caída de los valores

como criterio y guía de las acciones, con la cantidad de situaciones problemáticas como la agresividad, el suicidio y la drogadicción.

He aquí que las preguntas fundamentales de la vida salen a flote con una insistencia desconcertante: "¿Quién soy yo?, ¿Qué es el hombre?, ¿Para qué vivo?, ¿Qué cosa es justa y qué cosa es injusta?". A ello la racionalidad científica no se arriesga obviamente a dar alguna respuesta satisfactoria.

Sin embargo, ello contiene un carácter que no admite sin dilaciones y requiere por lo tanto una respuesta urgente, particularmente en la adolescencia, cuando se proyectan hacia el futuro y se sientan, en una forma más decidida, las bases para un proyecto de vida.

El papel del educador requiere, de tal modo, una madurez absoluta y una actitud de búsqueda –que excluye cualquier imposición– y vuelve indudablemente al diálogo y a la coherencia personal, además que a la comprensión y al respeto del ritmo personal de maduración. Educadores y educandos se encuentran de tal modo involucrados hacia la individualización de los valores que son considerados no como metas ya alcanzadas, sino como horizontes existenciales hacia los cuales tender siempre y con renovado empeño.

Justamente Frankl ha escrito: "En una época en la cual los Diez Mandamientos parecen estar perdiendo su validez incondicional, el hombre debe aprender a percibir los diez mandamientos que surgen de las diez mil situaciones únicas de las cuales está constituida su vida.

El fundamento de un camino de educación en el sentido de la vida es la constatación de que la persona se hace tan sólo en la interacción con el tú de otra persona o con el de Dios. El diálogo, sin embargo, no agota la experiencia humana: el yo y el tú, de hecho, también están orientados hacia otras metas a razonar, hacia los valores. Cada relación cerrada en sí misma está destinada a perecer. Lo que quiere decir que la autorrealización de la cual tanto se habla en nuestros días no puede ser el objeto último del hombre, porque contradice la fundamental "autotrascendencia" de la existencia humana, enten diendo aquélla, como expresa Frankl, "el hecho de estar orientado hacia cualquier cosa que nos trascienda, hacia cualquier cosa que esté más allá o sobre nosotros mismos, alguna cosa o alguna persona, un significado por realizar, o algún otro ser humano por encontrar o amar".

Oportunamente, entonces, el mismo Frankl subraya que "solamente en la medida en la cual nos damos, nos donamos, nos ponemos a disposición del mundo, de su tarea y de sus exigencias, a partir de eso nos interpelan en nuestra vida; en la medida en la cual aquello que cuenta para nosotros es el mundo exterior y sus objetos, y no nosotros mismos o nuestras propias necesidades; en la medida en la que nosotros realizamos sus deberes y respondemos a sus exigencias; en la medida en la cual nosotros actuamos los valores y realizamos un significado, en esta medida nosotros nos satisfaremos y nos realizaremos igualmente a nosotros mismos". En tal perspectiva es posible delinear alguna orientación para un verdadero camino de educación en el sentido de la vida.

Se debe educar al espíritu crítico a través de una redefinición de las reglas de la

convivencia civil y de una valiente conquista de posición en el enfrentamiento de situaciones particulares urgentes. El conformismo, por ejemplo, es favorecido hoy por un sentido de provisionalidad y por un creciente fatalismo que impide tomar en nuestras manos nuestro propio destino. Igualmente, se está generando una adhesión más sólida a sistemas juveniles de pensamiento totalitario que destierran la tolerancia y la responsabilidad individual, favoreciendo una actitud de dogmatismo, de indiferencia a la diversidad y de colectivismo despersonalizante. Es así como resulta preocupante y mortífero aquel fanatismo con el cual se idolatran personajes del espectáculo, del deporte, del arte y se apropian su estilo de vida, sus hábitos alimenticios, su forma de vestir y de moverse.

La persona, sin embargo, más que ser libre en medio de las tentaciones del conformismo, del totalitarismo y del fanatismo, se vuelve libre una vez que acepta emprender y continuar un camino en el cual son puntuales la responsabilidad y el descubrimiento de los valores. Sin embargo, desgraciadamente, la tendencia es considerarlo como simple resultado de procesos de acondicionamiento de varios tipos - estructura orgánica, ambiente sociocultural, educación, escolarización, etc., con la consecuencia de confinar las dinámicas en el nivel de la espontaneidad, del capricho o del puro arbitrio, y de provocar el atropello del fuerte sobre el débil y la destrucción del hombre mismo.

Educar en el sentido de la vida quiere decir, fundamentalmente, reconocer la libertad no en el "hacer aquello que se quiere", sino en el "querer aquello que se debe hacer", entendiendo el "aquello que se debe hacer" como un conjunto de empeño y deber que la persona percibe a través de escuchar sistemáticamente su conciencia, a través de una lectura atenta de las situaciones en las cuales vive, a través de un enfrentamiento valiente con los otros. Justamente, entonces, aquello de la libertad va ligado al concepto de la responsabilidad. He aquí por qué con un poco de humorismo, Frankl ha siempre aconsejado a sus oyentes americanos que "después de haber construido la Estatua de la Libertad en la costa oriental de los Estados Unidos debería ahora construirse una estatua de la responsabilidad en la costa occidental".

Educar en el sentido de la vida quiere decir iluminar los ambientes en los cuales se desata lenta y, a menudo, intrincadamente, la cotidianidad: a) la experiencia del trabajo y de la formación, con las adquisiciones de competencias que permitan saber responder a las demandas de la profesionalidad, sin resbalarse en la búsqueda espasmódica del resultado a cualquier costo; b) la experiencia del amor, del arte, de la música, de la naturaleza, con los relativos espacios de originalidad y de íntima satisfacción; c) la experiencia del límite físico y de lo ineludible e inevitable de las conclusiones de la vida, a veces en forma trágica y sufrida, con el pleno convencimiento de un proceso de maduración y de purificación de otro modo no recorrido.

Así como un boomerang, lanzado hacia una presa, regresa al cazador cuando ha fallado el blanco, igualmente se puede decir que el hombre que se repliega sobre sí mismo y transcurre sus jornadas lamiéndose las heridas de las caídas cotidianas, ha fracasado de lleno en su búsqueda de sentido. Quien, por el contrario, no obstante los errores y los

fracasos continúa mirando adelante con la frente alta, ha lanzado en la gran órbita del universo su existencia, y está en grado de individualizar nuevas y fascinantes modalidades para el surgimiento de aquel sentido que no decaerá jamás.

1.12. Modelo de los Círculos de Diálogo Existencial, CDE

Los CDE[23] son una propuesta creada por el autor y son concebidos como una estrategia de prevención integral frente a los problemas de soledad, depresión y crisis existencial. Estas dificultades pueden llevar a la drogadicción. Se parte de la hipótesis de que a nuestra sociedad, sumergida en el boom de las comunicaciones, de la informática –por paradójico que pueda parecer–, le hace falta comunicación existencial, significativa, solidaria. Hay demasiada comunicación instrumental, pragmática, funcionalista, que desde luego es importante, pero desafortunadamente estamos perdiendo la comunicación significativa existencialmente hablando.

La comunicación instrumental es sólo la de los favores, que busca utilidad, ganancia, dominar, llamar al amigo sólo para pedirle cosas; sin embargo, cuando se le llama y sólo se le pregunta cómo está, cómo se siente, él pensará: "¿Pero, qué quiere?, ¿para qué me llama?". A los hijos les preguntamos si ya hicieron las tareas, si se cepillaron los dientes, pero poco los invitamos a comernos un helado para hablar de nosotros, para preguntarles cómo se sienten, para contarles las cosas alegres de nuestra jornada, de nuestra vida y también de las menos alegres, para jugar con ellos. La comunicación instrumental busca el aprovechamiento, la manipulación de la otra persona, la utilidad como fin supremo.

La comunicación significativa, con sentido, existencialmente hablando, tiene que ver con las grandes preguntas y vivencias que la vida le plantea al ser humano y que la persona puede asumir. El amor, la solidaridad, el dolor, los valores, la alegría, la libertad, son vivencias existenciales.

La comunicación poco significativa existencialmente hablando, puede llevar a crear problemas de soledad, depresión y búsqueda de drogas.

1.12.1. Características principales de los CDE

La principal orientación filosófica y psicológica de los CDE es la Logoterapia. Igualmente, se tienen presentes en los encuentros, las nociones de Karl Rogers sobre la empatía, aceptación, congruencia y los reflejos. La antropología de base es la propuesta por Viktor E. Frankl.

Los objetivos fundamentales o primarios de los CDE son los siguientes:

– Buscar una comunicación existencial significativa entre los participantes.

– Favorecer la "catarsis" o el desahogo de problemas en las personas.

– Servir de "puente", de enlace con otras estructuras donde se efectúe un seguimiento o asesoría más sistemática a la persona.

Los objetivos secundarios son aquellos que ocupan un intervalo menor que los primarios con referencia al tiempo dedicado en el encuentro semanal. Igualmente no

deben suplantarlos. Pueden ser conferencias o talleres sobre temas escogidos por los integrantes del círculo (SIDA, drogadicción, asertividad, etc.).

Los CDE tienen como lema o consigna una paradoja: "estos Círculos no sirven para nada, su único objetivo es encontrarnos y comunicarnos existencialmente". Al comienzo y al final del encuentro del Círculo, se tiene presente el lema el cual se debe explicar.

Los CDE tienen unas actividades o "pistas de trabajo" que se han definido como primarias y secundarias, siguiendo las anotaciones anteriores que se hacían en los objetivos.

Estrategias orientadoras para el "animador" o "facilitador" del CDE.

Debe ser una persona "poco directiva" al interior del Círculo.

No debe implementar ningún tipo de consejería y mucho menos de psicoterapia.

El "animador" debe poseer una óptima capacidad de escucha, aceptación y empatía. No debe convertirse en la persona que tiene soluciones y respuestas para todo. Por el contrario, debe "facilitar" que los miembros del Círculo se den respuestas. El "animador" hace preguntas, plantea interrogantes. Es "socrático".

El "animador" debe conocer bien la filosofía, antropología y psicología que constituye la base de los CDE (la Logoterapia).

En las situaciones que lo ameriten, el "animador" puede sugerirle a la persona necesitada que asista a los grupos de consejería o terapia específica en donde se le podrá colaborar más sistemáticamente.

El "animador" puede servir de "puente" de enlace con otras estructuras.

Se recomienda que los integrantes de los CDE sean personas de diferentes clases sociales y culturales, para favorecer la riqueza de opiniones y el diálogo y conocimiento mutuo. Normalmente, el grupo no debe ser muy grande, para facilitar la comunicación: entre 15 y 20 personas resulta adecuado. El encuentro debe comenzarse a la hora acordada; con dos personas puede darse por iniciado. La frecuencia óptima es una reunión por semana.

El "diario de viaje", es un cuadernillo o libreta donde, al final de cada encuentro, los participantes describen, voluntariamente, la forma como se sintieron durante éste, sus sentimientos, emociones en relación con el grupo. La idea es que el "diario de viaje" recoja las impresiones sentimentales, afectivas, emotivas de las personas.

1.12.2. Pistas primarias

- *Primera pista:* Es la que corresponde al temario del respectivo Círculo. Ej. : Temario No. 1 la Logoterapia base del CDE.
- *Segunda pista:* "Narrar voluntariamente parte de la biografía personal".
- *Tercera pista:* "Comentar algo positivo, agradable o algo negativo, doloroso" ocurrido en las últimas semanas o días.
- *Cuarta pista:* "Analizar verbalmente o reflexionar en silencio sobre dos frases significativas existencialmente hablando".

– *Quinta pista:* "Analizar verbalmente o reflexionar en silencio sobre la frase significativa que se ha escogido para el cierre o terminación de la sesión del Círculo".

– *Sexta pista:* Se sugiere que en la última sesión del mes se celebre con un acto sencillo el cumpleaños de los participantes del Círculo.

Voluntariamente, los participantes describen las cualidades de cada persona que cumple años, de igual manera, se le regala un texto significativo. No debe consumirse licor, para proponer a las personas que también pueden comunicarse sin necesidad de recurrir al psicoactivo.

Es conveniente recordar a la finalización del círculo el guardar el secreto profesional, es decir, que los participantes no comenten las dificultades narradas dentro de la reunión al salir de ella, con otras personas.

1.12.3. Pistas secundarias

Son propuestas o inquietudes expresadas con anterioridad por algunos participantes o también un tema que el animador haya intuido como pertinente para el respectivo Círculo.

Algunas pistas secundarias propuestas son:

– Técnicas de asertividad que ayudan a facilitar la comunicación.

– Características de la adicción a substancias psicoactivas (características de la persona adicta, efectos de las substancias, formas de tratamiento).

– Técnicas y métodos de estudio.

– Técnicas de relajación sencillas y de corta duración.

– "Descubrir raíces culturales" - Análisis de un refrán o dicho popular antiguo o actual.

– Análisis de una tradición o costumbre de la familia, barrio, ciudad, región, país.

Se busca con esta pista fortalecer una identidad cultural que fomente un sano nacionalismo. Esta podría ayudar sobre todo a los jóvenes, dándoles pautas de sus raíces creando un sentido de pertenencia y orientación y hasta un sano "super yo".

Ejercicio de "aprender a escuchar": es una actividad basada en la teoría de los "reflejos" de Karl Rogers. Su objetivo es aumentar la capacidad de escucha, aceptación y empatía dentro del diálogo. Los pasos de este ejercicio son los siguientes:

a) Se propone un tema o afirmación de debate, preferiblemente bien polémico. Ejemplo: "Los homosexuales y lesbianas tienen derecho a recibir hijos en adopción, porque también poseen una capacidad maternal y paternal".

b) Una persona plantea un breve argumento a favor o en contra del mencionado texto: "yo estoy a favor (o en contra) de que los homosexuales...", por este motivo...

c) Otra persona interviene, pero antes de dar un argumento a favor o en contra debe repetir (si puede textualmente mejor reflejo eco), el argumento que dio la persona

anterior.

d) Se continúa la cadena de intervenciones.

El objetivo de esta pista es apoyar la capacidad de la estructura dialogal de la persona, hecho que puede disminuir los problemas de "malentendidos" en la comunicación que no pocas veces genera violencia.

Con relación a las pistas secundarias conviene enfatizar que:

No deben tomar la mayor parte del tiempo de desarrollo de una sesión del Círculo que está calculada en hora y media aproximadamente. Se recomienda que la pista no tenga una duración de más de 20 minutos.

Cada pista secundaria (técnicas o métodos de estudio, por ejemplo), se puede dividir o segmentar y en cada sesión del Círculo dar una parte de las técnicas o métodos de estudio.

En los casos en que el animador vea que hay personas que necesitan o quieren más información o asesoría en un campo determinado, se les debe sugerir que busquen un profesional o institución pertinente.

El animador puede ser el "puente" para conectar al participante necesitado con una estructura terapéutica propiamente dicha. El animador debe ser, de todas maneras, alguien competente al abordar las diferentes pistas secundarias (asertividad, métodos de estudio, relajación, etc.).

Como línea general no hay que olvidar que los CDE están basados en la visión antropológica y filosófica de la Logoterapia de Viktor Frankl (quien ha escrito más de 33 libros) y por lo tanto, no obstante que las pistas secundarias pueden ser muy variadas de acuerdo con las personas, región, necesidades, lo ideal es mantener una coherencia con el pensamiento Frankliano al desarrollar las pistas secundarias.

Conviene no perder de vista los objetivos fundamentales o primarios de los CDE descritos anteriormente.

Los temarios de los CDE que el animador o facilitador puede escoger para cada sesión son:

Temario No. 1: La Logoterapia base del CDE
Temario No. 2: "¿No sirven para nada...?"
Temario No. 3: El ser humano en la Logoterapia
Temario No. 4: La libertad: elección y angustia
Temario No. 5: Temporalidad e historicidad del ser humano
Temario No. 6: El encuentro entre el yo y el tú
Temario No. 7: La intencionalidad y la derreflexión
Temario No. 8: ¿Cuál es el sentido de la vida?
Temario No. 9: Los valores
Temario No. 10: Un diagnóstico o reflexión interior
Temario No. 11: La responsabilidad

Temario No. 12: El sufrimiento en la persona
Temario No. 13: El amor
Temario No. 14: La intención paradójica
Temario No. 15: El diálogo socrático
Temario No. 16: Las experiencias de los errores
Temario No. 17: La búsqueda exagerada del placer
Temario No. 18: ¿El ser = tener?
Temario No. 19: "Tender pero no pretender"
Temario No. 20: Ideas irracionales y sufrimiento
Temario No. 21: ¿Quién soy yo para...?
Temario No. 22: El individualismo
Temario No. 23: La domesticación de los espíritus
Temario No. 24: La dictadura de los derechos
Temario No. 25: Saber perder
Temario No. 26: Saber reír
Temario No. 27: Nuestra identidad cultural
Temario No. 28: Sí a la vida a pesar de todo
Temario No. 29: La conciencia
Temario No. 30: La solidaridad económica

Para terminar lo referente a los CDE queremos reseñar brevemente tres investigaciones de pregrado y posgrado desarrolladas en el territorio nacional.

1.12.4. 1ª. Investigación: Aplicación del enfoque logoterapéutico en el tratamiento con adictos a sustancias psicoactivas

Δ Autores:

Albarracín García Jacqueline, González Torres Adriana Maritza, López Mora Ana Deisy, Mora Gutiérrez Ruth Zolanyi y Rodríguez Tibabizco Ruth Stella. Este fue un trabajo de grado presentado para optar el título de psicólogos en la Universidad INCCA de Colombia, en 1994.

Δ Delimitación:

"Se implementa una investigación de tipo descriptivo, con fuente de información secundaria, ya que éste tiene como principal finalidad establecer todas aquellas características y técnicas de la logoterapia que se aplican para el tratamiento en adictos a substancias psicoactivas. Teniendo en cuenta los elementos anteriores se realiza un análisis crítico de las ventajas y posibles desventajas que este enfoque ofrece en el tratamiento a los adictos. Esta investigación abre caminos para que el enfoque logoterapéutico obtenga difusión en nuestro contexto y se conozcan los logros que en éste se han obtenido en los países donde se han aplicado", p. 7[24].

Δ Objetivos:

"Investigar qué concepto de persona maneja la logoterapia y de acuerdo con esto cómo orienta su intervención; dar a conocer las diversas estrategias que se utilizan en el enfoque logoterapéutico; identificar cómo la logoterapia interviene en el proceso de tratamiento en el adicto a substancias psicoactivas (p. 4[25)]".

Δ Propuesta de prevención basada en los grupos de diálogo existencial:

Objetivo:

– Brindar una formación teórico- práctica en la logoterapia para el futuro psicólogo, esto implica que el estudiante tenga claro el concepto de sí mismo y de hombre a fin de que adquiera responsabilidad sobre su rol ante la sociedad.

– Crear grupos existenciales con profesionales de diferentes carreras a fin de fomentar diálogos existenciales.

– "Concientizar al grupo desde su propia individualidad, para que adquieran un sentido y significado de la vida desde sus vivencias personales", p. 85[26].

"¿Cómo se conforman los grupos de diálogo existencial y a quiénes va dirigido?: Los grupos de diálogo existencial estarán conformados por doce personas como máximo, los cuales se reunirán durante dos horas una vez por semana, su objetivo primordial conllevará que se comuniquen sus angustias personales y existenciales; el lema central de estos grupos se basa en la intención paradójica y es el siguiente: "Estos grupos no sirven para nada", los miembros serán los psicólogos, los estudiantes en formación y profesores que quieran participar (p. 86[27)]".

"¿Cuál será la temática y la metodología?: Los temas se elegirán de acuerdo con necesidades de los miembros del grupo cuya metodología incluirá la utilización del diario de viaje, narración de experiencias y retroalimentación .Estos grupos de escucha y diálogo existencial se constituirán en puntos de referencia para oír las dificultades existenciales a fin de hacer "catarsis", desahogarse, comunicarse entre sí sus sentimientos, vivencias, emociones, estados de ánimo, etc. Los diarios contendrán consideraciones personales, en donde los escritores participarán de una forma espontánea y directa dándose orientaciones acerca de su situación real, del sentido y significado de su vida y las posibilidades que les brinda el medio externo, de las cuales él selecciona las más importantes para darle solución a sus problemas existenciales; a fin de que el individuo adquiera autonomía y responsabilidad consigo mismo y ante la sociedad (p. 87[28)]".

1.12.5. 2ª. Investigación: Los CDE como optimizadores de la etapa de reinserción en la Comunidad Terapéutica de Colombia

Δ Autores:

Cristancho Jairo, Estupiñán Gerardo, Galvis Claudia Patricia, Jiménez Olga, Quintero Consuelo, Sanguino María del Rosario, Segura Nubia. Trabajo de grado

para acceder al Postgrado en Farmacodependencia, Fundación Universitaria Luis Amigó, mayo 1998.

Δ Delimitación:

"El diseño del estudio es cualitativo, descriptivo, de tipo estudio de caso AB; en donde se tomó un grupo de personas en unas condiciones de base que corresponden a un mismo nivel (en este caso drogadictos en fase de reinserción), se les aplicó una misma técnica (los Círculos de Diálogo Existencial), para culminar con una evaluación que describe su efecto sobre dichas personas en la comunidad terapéutica. Se tomaron 7 sujetos para la investigación (p. 41[29)]".

Δ Objetivos:

"Aplicar los CDE en un grupo de 7 drogadictos residentes en etapa de reinserción del programa de Cotecol, en 21 sesiones, para recoger información representativa de los procesos vivenciados y analizar su contenido; observar, registrar y analizar los cambios en la comunicación existencial, obtenidos en el grupo al cual se le aplican los C.D.E., a través de las historias clínicas, grabaciones de las sesiones y del material proveniente del "Diario de viaje"; sugerir a la institución, alternativas de trabajo con los fármacos dependientes, en la etapa de reinserción; describir cualitativamente los resultados obtenidos después del análisis de los contenidos dialógicos, p. 11"[30].

Δ Fuentes utilizadas para la recolección de datos:

– Grabaciones de los CDE durante cada una de las sesiones, previa autorización de los participantes.

– Diario de viaje: durante cada una de las sesiones, se colocó a disposición de los participantes en los CDE, el diario de viaje, por medio del cual, se ofrece la posibilidad de consignar los pensamientos y sentimientos que los sujetos desean compartir de su experiencia en cualquier sesión.

– Historias clínicas: la comunidad terapéutica suministró al grupo investigador las historias clínicas de los participantes.

– Documento de criterios de análisis del discurso: documento diseñado por el grupo investigador a partir de la información obtenida en entrevista a la psicóloga Carolina Vanegas y la asesoría del psicólogo Alfonso Montoya (p. 43[31)]".

Δ Conclusiones:

" Al iniciar la aplicación de los CDE, se encontró que según el Documento de criterios de análisis del discurso, los participantes se encontraban predominantemente en el nivel de "yo puedo"… y que a medida que transcurrieron las diferentes sesiones, fueron mostrando indicadores de logro en los siguientes niveles de logro. Ello no se puede atribuir sólo a la aplicación de los CDE ya que los participantes estuvieron expuestos a otros tipos de terapias durante la aplicación de

los CDE, lo que sí se puede decir es que alcanzaron rápidamente indicadores de logro del "yo quiero" y "yo decido". Que haya sido a causa de la aplicación de los CDE, debe seguirse estudiando.

- Se observa que la comunicación existencial va en aumento en la medida en que transcurre el desarrollo de los CDE. Este aspecto se puede atribuir a la misma dinámica interna del grupo, que permite la mayor confianza y expresión a través del tiempo.

– Los CDE representan un factor favorecedor de reflexión y compartir existencial. En el grupo analizado es indiscutible que la mayor parte de contenidos elaborados dentro de cada sesión, corresponden a reflexiones personales y profundas de la vida.

– En gran medida, la profundidad y efectividad del diálogo existencial depende de la dinamización y de aspectos empáticos de los dinamizadores.

– Es notorio el aprovechamiento de los CDE como medida de expresión y catarsis de ideas, sentimientos y emociones represados.

– La expresión de los participantes al respecto del beneficio de los CDE, es clara y directa, manifiestan gusto, agrado, satisfacción, aprovechamiento y agradecimiento (p. 94[32)]".

1.12.6. 3ª. Investigación: Análisis del discurso de los diarios de viaje obtenidos en las ciudades donde se efectuaron Círculos de Diálogo Existencial, por el Instituto Colombiano de Logoterapia

Δ Autores:

Knudson Ospina María Piedad, Montaño Moreno Kathy María.

Trabajo de grado para obtener el título de Psicólogas, Universidad Antonio Nariño, 2000[33].

Δ Objetivo:

"Describir a través del análisis del discurso, en qué medida la comunicación que se da en los Círculos de Diálogo Existencial CDE, promovidos por el Instituto Colombiano de Logoterapia Viktor Frankl, es existencial de acuerdo con los parámetros de la logoterapia, para así, determinar si esta estrategia está cumpliendo con su objetivo principal, de promocionar comunicación existencial significativa entre los participantes.

Δ Marco conceptual:

"El enfoque humanista existencial, más específicamente la logoterapia, explica cómo la ausencia de comunicación existencial, es decir, aquella comunicación que permite la expresión verbal y escrita, de sentimientos con respecto a temas como la libertad, la responsabilidad, valores, transitoriedad de la vida, la búsqueda de sentido y el sufrimiento; puede generar a largo plazo, problemas de gran impacto como la depresión, el suicidio, la soledad y el abuso de substancias psicoactivas.

Δ Método:

"El tipo de investigación que se realizó en el presente estudio fue de carácter descriptivo, y se llevó a cabo a través del Análisis del Discurso, donde se dilucidaron los sentidos subyacentes que las personas pretendían dar a conocer, bajo la luz de seis categorías indicadoras de comunicación existencial, de acuerdo con los parámetros establecidos por la logoterapia.

Δ Población:

"Está representada por los participantes de los CDE dirigidos por el Instituto Colombiano de Logoterapia en las diferentes ciudades.

Δ Muestra:

"Se obtuvo de los 25 cuadernillos que reunieron 167 impresiones, de las personas que participaron en los CDE, de las cuales se seleccionaron 67 impresiones de manera no probabilística, es decir, se escogieron aquellas que contuvieron dos o más frases con sentido para el lector.

Δ Instrumento:

"El instrumento que permitió acceder a las impresiones fueron los Diarios de Viaje, de los participantes de los CDE.

Δ Resultados:

"Se encontró que un 94.2% de impresiones tienen contenido existencial, en contraposición de un 5.74% de impresiones que no tenían contenido existencial; la comunicación expresada en las impresiones, se relaciona en su mayoría con categorías que expresan comunicación existencial por medio de los Valores de experiencia en un 50%, la Voluntad de sentido en un 36.2% y Sufrimiento en un 10.34%.

Δ Conclusión:

"Los resultados revelan como los CDE cumplen con su objetivo principal de promover comunicación existencial de acuerdo con los parámetros de la logoterapia; en efecto, la gran mayoría de las impresiones hicieron referencia a todos los temas que indican comunicación, en especial, movilizaron los temas relacionados con los valores de experiencia, la voluntad de sentido y el sufrimiento".

2. La prevención de las drogadicciones noógenas

Teniendo presente la definición de neurosis noógena y drogadicción noógena, a continuación afrontaremos la prevención de las adicciones noógenas revisando un texto del italiano Aureliano Pacciolla, citado en *Chi ha un perché nella vita...,* por Eugenio Fizzotti (Roma, 1992, pp. 144-156).

La prevención noógena puede ser definida como aquella "serie de actitudes y comportamientos psicológicos y existenciales tendientes a evitar las consecuencias psicofisiosociales de las adicciones noógenas". La prevención noógena quiere individualizar los factores noógenos de riesgo o sea aquellas situaciones que podrían estructurar una adicción noógena. Objetivo también es el de reforzar o clarificar el sentido o significado de la vida que cada persona puede descubrir de manera libre y responsable cuando enfrenta cada situación particular, "ya que nada de lo que ocurre es al azar". En el lenguaje de la prevención tendremos en cuenta la distinción clásica de prevención primaria, secundaria y terciaria para dar en cada uno de estos niveles algunas líneas de acción.

2.1. Prevención noógena primaria

Prevenir la adicción noógena significa ante todo:

Ayudar a la persona a no huir de la realidad, a ser capaz de afrontar la realidad por más dura que sea. De ahí la importancia de una de las terapias estrella de las comunidades terapéuticas impulsadas por Chuck Dederich: la confrontación.

Ayudar a la persona a que aprenda a descubrir sentidos y significados en todo lo que le ocurre, a decodificar la realidad utilizando cualquier clave de lectura (atea, religiosa, darwinista, existencialista, etc.). Tarde o temprano todo ser humano tendrá que vivir momentos críticos, dolorosos en los cuales fácilmente no verá ningún motivo para continuar viviendo. Frecuentemente, como dirán Jaspers y Ricardo Peters entre otros, "las situaciones límites son las que nos hacen caer en cuenta de nuestra verdadera realidad existencial". Es allí desde el límite, desde el fracaso que podemos trascender, salir de nosotros mismos, desarrollar la capacidad de autodistanciamiento de la dimensión noética o espiritual y descubrir un sentido y significado que tarde o temprano será para nuestro bien y nos sacará de la desesperación.

La prevención noógena primaria significa fundar la propia vida sobre una confianza existencial de fondo. Es recurrir a uno de los principios fundamentales de la logoterapia: "A todo lo que ocurre, a todo lo que nos sucede le podemos encontrar un sentido y un significado, la vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia por más absurda que ésta sea". Nada es al azar. Es necesario desarrollar una fe incondicional en el sentido incondicional de la vida. Hay que pasar del ¿por qué a mí? al ¿para qué a mí? ¿Qué me quiere decir, la vida, el destino, la naturaleza o Dios, si se es creyente, a través de esto que me está ocurriendo? No interesa tanto el que en este momento no lo sepa ni el tiempo en el cual descubriré el sentido y significado, lo importante es saber que está, que existe.

Esta originaria confianza se instaura desde el primer momento de la vida entre la madre y el hijo, desde el momento de la concepción, es desde allí que de alguna manera comienza la prevención noógena primaria de las adicciones. Tener un hijo deseado. Los padres deben ser conscientes de que el hijo se hará, en el futuro, interrogantes existenciales sobre el sentido de la propia vida y más cuando se aproxima a la adolescencia,

por eso es importante haber ido desarrollando esta confianza existencial de fondo.

Recordemos que para la logoterapia, en sí el vacío existencial no es patológico ya que constituye un estímulo a la búsqueda o clarificación de una tarea, de una misión, de una causa por la cual luchar, ocupar la vida. El vacío existencial puede generar una patología cuando a largo andar no se logra descubrir sentidos y significados.

La actitud y los comportamientos de amor responsable de los padres hacia los hijos desde la concepción hace que en el inconsciente de los niños se instaure el deseo de que vale la pena vivir.

2.2. Prevención noógena secundaria

Uno de los factores de riesgo para el consumo de psicoactivos es la edad; esto significa que si comparamos a un niño, a un adolescente, a un adulto y a un adulto mayor, (teniendo en cuenta la variable edad) el que va a tener mayores probabilidades de consumir droga es el adolescente.

La prevención noógena secundaria de las adicciones se debe desarrollar sobre todo en la adolescencia que se debe concretar por parte de los adultos padres y educadores en una especie de "control a distancia" para que la normal y saludable pregunta sobre el sentido de la vida (con el eventual efecto del vacío existencial) no degenere en formas patológicas.

Los adultos en esta fase deben ser ante todo modelos, ya que los adolescentes tienen urgentes necesidades de personas a quien imitar, de ideales por concretar. Por eso es importante que vean padres y adultos que viven una vida realmente significativa, el adolescente intuye las actitudes existenciales significativas de los adultos, saben si éstos se sienten vencedores, perdedores, deudores, creadores, insignificantes, útiles ante la vida.

La esencia de la persona es definida por aquello que ella está llamada a ser.

En la prevención noógena secundaria es importante también una educación a los valores morales. Toda educación debería ser una sensibilización a la responsabilidad que en último análisis significa interiorizar y personalizar los preceptos externos a través de la propia conciencia moral. Esto es un punto central en la logoterapia de Frankl. Las bases de la conciencia moral en este contexto son la libertad y la responsabilidad: la una no puede existir sin la otra porque son complementarias, las dos hacen parte de la formación y de la madurez moral. La libertad afecta la responsabilidad y la responsabilidad afecta la libertad. Un objetivo de la prevención debe ser generar personas libres de ser responsables, la persona debe elegir libremente "de qué cosa" ser responsable y "de frente a quién" ser responsable. Responsables de la propia libertad significa, por otra parte, que la persona no puede usar sus posibilidades sin responder de frente a alguno o a algo (la propia conciencia, la sociedad, los otros o Dios). El "cómo" y el "para qué cosa" viene usada la propia libertad no pueden ser indiscriminados, instintivos, ciegos y sujetos únicamente al propio arbitrio.

La libertad y la responsabilidad son dimensiones de la propia conciencia e indicios de la

propia actitud existencial, es decir, de cómo nos ponemos de frente a la vida. La conciencia y la actitud existencial se evidencian sobre todo en el momento de la elección que no debe considerarse como un "momento" temporal, sino como un proceso decisional con caminos psicológicos y morales porque en ella se entrelazan dinámicas psicológicas (basadas fundamentalmente, pero no exclusivamente, sobre la emotividad y sus condicionamientos) con dinámicas morales (basadas fundamentalmente, pero no exclusivamente, sobre principios y sobre valores éticos).

En este punto de la prevención secundaria de las adicciones un principio debe ser: el de acompañar al adolescente para que dé el paso doloroso y asuma su libertad y su responsabilidad.

Un último aspecto de la prevención noógena a nivel de la adolescencia es el tema de la capacidad de proyección. Una de las mejores maneras para prevenir en los adolescentes el vacío existencial de tipo patológico es el de permitirles que desarrollen la capacidad de programar con realismo pero también con imaginación y fantasía el futuro propio. Las capacidades de proyección se desarrollan paralelamente a la propuesta e interiorización de los modelos y al proceso de identidad, o sea a aquel trabajo que los adolescentes tienen antes de saber quiénes son y antes de ser finalmente ellos mismos. Ayudar en las capacidades de proyección colabora a ser conscientes de lo que se quisiera o se debería ser y por lo tanto ayuda también a dar un sentido y una dirección a la propia vida.

La elección de la propia pareja como parte de la proyección es muy importante en esta parte de la prevención noógena secundaria de las adicciones.

2.3. Prevención noógena terciaria

Pasando el período de la adolescencia y la juventud no se puede decir que se está a salvo del consumo de drogas y por lo tanto la prevención hacia las problemáticas noógenas que pueden llevar a las drogadicciones noógenas debe continuar. La prevención noógena terciaria no significaría simplemente actuar de tal manera que no sucedan más crisis existenciales, sino que quiere decir desarrollar una capacidad de continuar siendo significativos a las jóvenes generaciones como modelo no obstante llegue la pensión, la andropausia o la menopausia. La prevención noógena terciaria es ante todo seguir manteniendo la fe en un sentido de la vida bajo cualquier circunstancia más allá de la capacidad productiva y pro creativa.

La prevención noógena de la tercera edad quiere decir prevenir la angustia existencial de frente al sufrimiento psicológico y moral, a la inhabilidad física y psíquica, de frente a los propios errores del pasado pero sobre todo la angustia de frente al límite y de frente a la muerte. Por último recordemos que la prevención noógena es algo que se debe desarrollar no sólo individualmente sino colectivamente al interior de las diferentes organizaciones.

Capítulo 4

¿QUÉ HACER ANTE UNA PERSONA DROGADICTA O ALCOHÓLICA?

1. La renuncia y la confianza como puertas hacia la libertad

E. Lukas[34], plantea algunas estrategias para salir de la adicción. A continuación tomaremos un texto de ella donde analiza dos caminos:

Comenzaré mi análisis con dos citas de un opúsculo de Hans Jürgen Skorna, referidas a Joseph Roth y "la leyenda del santo bebedor".

Cita I

Roth pasó la vida huyendo, como lo hace el protagonista de su novela *La fuga sin fin*, en cuya parte final pareciera estar describiéndose a sí mismo:

"Eran las cuatro de la tarde del 27 de agosto de 1926. Un gentío pululaba en los comercios; las mujeres se hacinaban en los grandes almacenes; en los salones de belleza giraban los maniquíes; dialogaban los ociosos en las confiterías; en las fábricas giraban las ruedas; a orillas del Sena se despiojaban los mendigos; en el bois de Boulogne se besaban las parejas; en los parques los niños daban vueltas y más vueltas en calesita. A esta hora mi amigo Tunda, un joven sano y despierto, vigoroso y lleno de aptitudes, se encontraba en la plaza de la Madeleine, en el centro mismo de la capital del mundo y no sabía qué hacer consigo mismo. Carecía de profesión, de amor, de interés por nada, de esperanza; no albergaba ambiciones; ni siquiera egoísmo. Nadie en el mundo era tan fútil como él".

Es la imagen viva del *outsider*, de la persona que no encuentra su lugar en un medio laborioso y palpitante porque ha perdido el enlace con los demás y no puede encontrar nada que empuje o le dé sentido a su vida. Lo que aquí se describe como vaciamiento de sentido de la existencia se adapta a la perfección a innumerable cantidad de descripciones de adictos.

Cita II

Una de las causas principales que determinaron que Roth incrementara su dependencia al alcohol durante sus años de exilio en París se debió indudablemente a sus dificultades materiales. Trabajaba febrilmente, a pesar de lo cual le resultaba difícil publicar sus obras debido a las condiciones políticas de la época. En los últimos años, la preocupación por el dinero y las deudas que había contraído lo llevaron a menudo a un callejón sin salida, a tal punto que una y otra vez aludió a su absoluto desmoronamiento existencial. Sus cartas, en particular las dirigidas a Stefan Zweig, conforman un rosario de súplica de apoyo económico:

“Hace meses, meses que tengo la soga al cuello y si todavía no me he asfixiado es porque siempre aparece un ser bondadoso que desliza un dedo entre una y otro. Pero al poco tiempo la soga vuelve a ajustarse. Con esta soga al cuello trabajo de seis a ocho horas diarias. Por favor, por favor, sálveme, seguramente me desmoronaré. No puede ser que esté irremisiblemente condenado; no puedo despertar noche a noche invadido por el pánico que me produce pensar en el día siguiente, en el dueño de la casa, en las cartas que recibiré. No crea que vivo como aparento cuando nos encontramos; mi vida es espantosa, absolutamente espantosa. Ando furtivamente como un criminal a quien persiguen, me tiemblan manos y pies, y sólo logro cierta seguridad cuando he bebido”.

Ambas citas ilustran un hecho interesante, y es que tanto las circunstancias favorables como las aciagas pueden ser causa del comportamiento adictivo. El “amigo Tunda” de la cita I es un joven “sano y despierto, vigoroso y lleno de aptitudes”. Posee tesoros tales como salud, juventud y talento, a lo que suma el hecho de que no se encuentra en un lugar marginal sino “en el centro mismo de la capital del mundo”, en un medio pleno de propuestas y posibilidades. Pero no lo valora, sino que se deja caer en el pretendido vacío de sentido de su existencia, dominado por el sentimiento de su absoluta inanidad.

En la cita II, por el contrario, Josepth Roth se ve asediado por problemas reales. Desterrado de su patria, sin el menor apoyo, se esfuerza con escaso éxito por lograr la publicación de sus obras literarias para subsistir, aunque sea modestamente. La inseguridad de su situación o, mejor dicho, el sentimiento de inseguridad resultante es la causa de su ruina, pues aunque puede mitigarla engañosamente por breves períodos ingiriendo alcohol, a la larga aniquilará el resto de seguridad que le queda.

Ahora bien, si tanto las circunstancias favorables como las desfavorables pueden repercutir en la vida de una persona haciendo que se vuelva esclava de las adicciones, se deduce que no pueden constituir el factor determinante en este problema. Acaso podamos rastrear dicho factor preguntándonos qué rescata a un ser humano de la adicción, antes que investigar sus causas. Imaginemos, pues, lo que aconsejaríamos a los protagonistas de las dos citas anteriores para que retomen el camino de una vida sana y plena de sentido. ¿Cuál sería la clave para que encuentren la puerta de salida?

No hay respuesta sencilla a esta pregunta pues, en rigor de verdad, no hay tal puerta de salida sino cuatro puertas, que deberían franquear (si prescindimos de la ayuda médica complementaria que, en caso como el de Joseph Roth, estaría indicada). Ellas son:

– Comenzar dando pasos pequeños,

– Confiar en que estos pasos tienen sentido,

– Resignarse a tener sensaciones poco placenteras mientras se dan estos pasos,

– Perseverar en el avance a pasos pequeños.

Las puertas a) y d) reflejan la tesis comprobada a lo largo de siglos de que sólo es posible alcanzar una meta si nos aventuramos a dar el primer paso, y que a éste sigan otros. El secreto de todo empeño por lograr un objetivo es “comenzar y perseverar”.

Las puertas b) y c) permiten profundizar aún más en el misterio que entraña alcanzar la meta a la que se aspira. Muchas cosas se empiezan en la vida pero no se prosiguen si no

se está convencido de que tienen sentido. Frankl lo expresó elegantemente en la frase: "El sentido es el marcapasos del ser". Conforme a lo cual, el sentido precede cada paso y, si está ausente, cesa el avance.

Sin embargo, para poder realizar las acciones dotadas de sentido que debe realizar, es preciso que la persona acepte los trances desagradables relacionados con ellas. Por largos períodos, el adicto deberá soportar la sensación de futilidad e inseguridad, como la sufren los protagonistas de las citas I y II, o las molestias que acompañan la abstención, como nerviosismo, sentimientos de inferioridad, culpa y vergüenza, hasta que un "buen día" el camino comienza a ascender hacia una planicie existencial que ya no conoce de estos sentimientos, pues han perdido vigencia.

Significa que no basta que confíe en el sentido que conllevan los pequeños pasos en dirección a la meta. Con cada paso que dé, deberá corroborar la renuncia a las muletas psíquicas que mitigan las contrariedades del momento pero postergan su acercamiento a la meta deseada. "Confiar y renunciar" es el secreto primordial que permite vencer las adicciones: confiar en el sentido de lo que hacemos y renunciar a deshacernos de lo que nos desagrada. Sin b) ni c) no hay puente entre a) y d); no hay forma de mantenerse en la buena senda; no hay posibilidad de franquear la puerta para hallar una salida.

Después de determinar lo que es imprescindible para lograr vencer las adicciones, podemos atrevernos a afirmar que los mismos factores, aunque con signo negativo, desempeñan un papel importante en el surgir de las adiciones. Quien no confía en la vida, tanto como el que no desea renunciar a nada, estarán en mayor peligro de contraer adicciones que otras personas. Esta afirmación aparece confirmada en el opúsculo publicado en 1988 por el Ministerio de Salud de Alemania, aunque debemos tener en cuenta que la situación actual se ha vuelto aún más dramática, basta pensar en las modernas "drogas disco":

"El número de adictos va en aumento. Considerando únicamente la (otrora N. de la Ed.) República Federal de Alemania, el número de adictos al alcohol, la adicción más conocida, oscila alrededor de 1,5 millones. Lo más alarmante es que la población se inicia en el alcohol a edad cada vez más temprana. Los jóvenes de diez u once años con dependencia alcohólica ya no son la excepción. Es común que la ingestión comience como una "prueba de valor" entre miembros de una pandilla, con acceso demasiado fácil al bar de la casa o con una coca-cola con ron durante el recreo en el kiosco a la vuelta de la escuela".

"Comienza como una prueba de valor (…)". Aquí se manifiesta la escasa confianza que siente el joven hacia sí mismo, los amigos, los padres y sus advertencias; hacia la vida entera. Quien tiene que demostrar cuánto valor tiene se sentirá todo menos valiente; en realidad, se siente temeroso e intimidado. El que tiene "acceso demasiado fácil al bar de casa" muestra algo de lo que significa no desear renunciar a lo que tiene al alcance de la mano (...). Tenemos oportunidades de consumir en exceso, también la oportunidad de robar y traicionar, pero esto no significa que debamos utilizarlas. Podemos renunciar a ellas.

Nos preguntamos qué promueve y fortalece el desarrollo de una confianza esencial y una actitud de renuncia que tenga sentido, siendo que estas capacidades son decisivas para vencer y prevenir adicciones. En su acervo teórico, la logoterapia de Viktor E. Frankl tiene respuestas que merecen relacionarse con la problemática de las adicciones. Dice Frankl:

Confiar supone que hay algo "por encima de uno", algo que no es idéntico a uno mismo, algo en que se cree, algo a lo cual la persona puede dirigirse y entregarse; a lo que puede dar su consentimiento.

Renunciar supone algo dentro de uno que no es idéntico a los impulsos y estados de ánimo cambiantes del "uno mismo"; algo que puede retirarse, tomando distancias de ellos; algo que puede negar consentimiento porque es íntegro "en sí".

La confianza pone en el primer plano de la esperanza y el anhelo un elemento no individual, que no es propio del yo, así como la renuncia pone en el trasfondo de la volición y del deseo un elemento individual, propio del yo. La confianza hace que aceptemos los propios límites ante la perspectiva de que hay algo más allá de ellos que da sentido a dicha limitación a dicha insuficiencia.

Por su parte, la renuncia estructura este ámbito limitado dándole sentido, ante la perspectiva de que hay algo dentro de estos límites que uno mismo configura. En logoterapia hablamos, refiriéndonos al primer caso, de la capacidad del ser humano para la autotrascendencia, a su capacidad de "traspasar sus límites" en dirección a algo en que cree y que ama. En el segundo caso, hablamos de la capacidad de autodistanciamiento, de su capacidad para formarse a sí mismo y llegar a ser digno de credibilidad y amor.

La capacidad de trascenderse y la de distanciarse de sí mismo están estrechamente ligadas entre sí (…). Al fin de cuentas no se renuncia a algo si no se renuncia por causa de algo, y esta causa se manifiesta en la renuncia a favor de un sentido en el que se confía.

Éste es el punto de inflexión decisivo entre la confianza y la renuncia, que establece llanamente que si llevamos a efecto una renuncia que tiene sentido, será en aras de algo cuyo valor es más elevado y confiere sentido a la renuncia, pero en lo que hay que creer. Las personas que no conocen los valores, que no creen en nada que pueda darles una orientación espiritual o apoyo psíquico, tienen dificultades en reconocer la necesidad de renunciar al placer o a lo que les procura alivio en situaciones poco placenteras. En la medida en que el principio de vida no logra madurar, transformándose en un principio de sentido, queda varado en el principio del placer (…). Lo que Viktor E. Frankl escribe acerca de la causa primordial de las neurosis vale asimismo para las enfermedades adictivas.

(…) hablando de la causa que origina el modo de ser neurótico no es raro comprobar que el neurótico presenta una deficiencia: se halla reprimida su relación con la trascendencia. Pero la trascendencia reprimida se manifiesta desde las profundidades de su "inconsciente trascendente" como un "desasosiego del corazón", que en ocasiones lleva a una sintomatología neurótica aparente. En este sentido, puede decirse también que

la religiosidad inconsciente, como todo lo inconsciente, puede ser patogénica. Es decir, que la religiosidad reprimida puede ser "desdichadamente reprimida".

Al reprimir la religiosidad, desaparece la confianza en la vida y su sentido y esto hace que la persona sienta menor disposición a renunciar a algo cuando debe hacerse. ¿Para qué habría de renunciar?

En Occidente la industria, con su ingente aparato publicitario, hace lo posible por fomentar las adicciones legales al cigarrillo y al alcohol. Ella sabe muy bien que para lograrlo debe descender del plano del sentido al del placer para colocar sus productos. Los spots publicitarios declaman: "me gusta fumar", "el placer es contagioso", "el disfrute más prolongado", "para auténticos sibaritas", etc. "¿Por qué renunciar?", susurran al oído de hombres y mujeres que son consumidores normales. "Toma lo que desees. Nosotros te lo suministramos (…)".

Para concluir analicemos lo que realmente proporciona el adictivo, o bien, qué lo hace tan seductor para personas con escasa capacidad de renuncia. No se trata más que de una sensación agradable a breve plazo. El placer lo hace deseable y la breve duración determina la dependencia futura pues, apenas disminuye el placer, el adicto deberá procurarse una nueva dosis para que la sensación agradable no se torne desagradable.

Hasta aquí el mecanismo es transparente. Lo sorprendente es que por una sensación agradable pasajera la persona sea capaz de ponerlo todo en juego: su salud, sus amigos, su profesión, su vida (…). En el Sexto Simposio científico de la "Central Alemana para Riesgos de Adicción" en Tutzing, la única teoría sobre adicciones que logró coincidencia general fue la que expresa que los adictos siempre tratan de alcanzar un estado particular de vivencias. Desean sentir algo determinado, aunque poco importa que este sentimiento tenga que ver con la realidad. Comprobemos la vigencia de esta afirmación en lo que respecta a las dos citas mencionadas. El "amigo Tunda" se siente inútil en este mundo. Ahora bien, ¿anhela sentirse más importante o ser importante para algo? Josepth Roth se siente inseguro y amenazado. ¿Ansiaba sentirse menos inseguro o adquirir mayor seguridad?

Como vemos, no es posible evadir la cuestión de la meta dotada de sentido que "traspasa los límites". Es, a la vez, la cuestión que gira en torno a la actitud fundamental del adicto, la cuestión que marca la diferencia entre vivir y vegetar. Si el "amigo Tunda" ansía sentirse menos inútil no tiene más que echar mano al hachís o la cocaína y de inmediato tendrá una sensación de alivio. Pero si ansía ser menos inútil, deberá emprender una tarea que tenga sentido y hacerla suya, aunque sea llevarle la bolsa de compras a una mujer con dificultades para caminar "en la plaza de la Madeleine". Cuando Joseph Roth deseaba sentirse menos inseguro debía echar mano a la botella y de inmediato recuperaba "cierta seguridad". Pero si hubiese querido adquirir mayor seguridad habría debido comenzar por dejar de beber para ahorrar el poco dinero que tenía y evitar riesgos para su salud.

Desde esta óptica, los adictos son seres que se dan por satisfechos con algo que no es auténtico, en vez de buscar lo auténtico. No les interesa la realidad misma, sino la forma

en que llega a los sentidos. A menudo sienten vergüenza pero, en lugar de ir al fondo de este sentimiento y acabar con él a largo plazo, toman alguna medida a corto plazo para anularlo. En el encuentro del principito con el bebedor, Saint Exupéry lo describe con acierto:

…"Bebo", respondió el bebedor con gesto adusto.

"¿Por qué bebes?", le preguntó el principito.

"Para olvidar", respondió el bebedor.

"¿Para olvidar qué cosa?", le preguntó el principito y sintió compasión por él.

"Para olvidar que siento vergüenza", confesó el bebedor y dejó caer la cabeza.

"¿Por qué te avergüenzas?, preguntó el principito, que deseaba ayudarle.

"¡Porque bebo!", le replicó el bebedor y se encerró definitivamente en su silencio.

No hay duda de que el alcohol ayuda a eliminar los sentimientos de vergüenza, pero el que echa mano a este recurso se asemeja al hombre que desconecta la alarma de fuego en la casa en llamas en que se encuentra porque estorba su tranquilidad. El sentimiento de futilidad, inseguridad y vergüenza; la frustración y desesperación existenciales de una persona son pedidos de auxilio del alma; son un clamor dirigido al espíritu, a la conciencia de una persona para que emprenda alguna acción que tenga sentido, pues ya no puede seguir viviendo de espaldas a la realidad. Bienaventurado aquel que no "desconecta" artificialmente este llamado, sino que lo soporta con todo lo que tiene de poco placentero. Bienaventurado el que renuncia a engañarse a sí mismo buscando sensaciones más agradables, y prefiere escuchar las señales que parten del núcleo interno y saludable de su ser; señales que en "frecuencia trascendente" transmiten el mensaje: "No importa que lo que hagamos nos proporcione una hermosa sensación, sino que sea bueno. Pero si es bueno, a la larga nos brindará una sensación más hermosa que todo lo que hay sobre la tierra (…)".

Di comienzo a mi análisis de la problemática de las adicciones con dos citas de Hans Jürgen Skorna, y las concluyo con un poema del mismo autor:

Esperanza
Dedicado a un *alcohólico*
Aún desde las ruinas
de tu padecimiento
lo mejor de tu Yo
te envía señales
para un nuevo comienzo
..... cáptalas.

2. Actitudes y comportamientos generales a tener presentes ante una persona drogadicta o alcohólica

Una de las preguntas más difíciles para responder por parte de los familiares y amigos de una persona adicta es la concerniente al comportamiento que se debe asumir frente a

ella. En este apartado intentaremos responder a ella basándonos en nuestra experiencia de 22 años en el tratamiento de adicciones, 5 de ellos en Italia[35].

2.1. Evite quedarse en el pasado, responda al presente, al aquí y al ahora

Generalmente, una de las primeras preguntas que se hace el padre, la madre o el familiar del adicto es: ¿Por qué a mí? e intentando responder esa pregunta tiende a devolverse y a creer encontrar la respuesta en el pasado, en los comportamientos y actitudes que tuvo con el familiar adicto. Este comportamiento lleva implícitos varios peligros:

Huir de la responsabilidad y del dolor que causa el momento presente: el familiar, ante el fuerte dolor del momento presente, se refugia "devolviendo el disco hacia el pasado" y se resiste a afrontar el presente doloroso.

Caer en una victimización inútil: el familiar se cree víctima del destino, de la mala suerte, de los astros, cree que es un castigo de Dios, etc. Considerarse una víctima impide el crecimiento del *locus* de control interno, es decir, de las capacidades y potencialidades internas personales para transformar el presente, el medio ambiente, las circunstancias.

Desarrollar comportamientos masoquistas: el familiar tiende inconscientemente a castigarse, a hacerse daño para expiar o pagar una deuda por la culpa que cree tener en la adicción de su ser querido.

Aumentar los sufrimientos innecesarios: en la vida existen sufrimientos necesarios e innecesarios. Cuando el familiar se devuelve constantemente al pasado, corre el riesgo de descuidar sus actividades en el aquí y en el ahora, pierde lucidez para saber actuar con más objetividad en el momento presente frente al familiar adicto. En lugar de comenzar a resolverse el problema, éste crece, aumentan los sufrimientos innecesarios que no deberían existir; por ejemplo: descuida el diálogo con los otros hijos, descuida el trabajo, etc.

Una de las frases que más pueden ayudar en esta etapa es la famosa de Viktor Frankl: "De frente al destino adverso e inevitable es inútil que yo me pregunte ¿pero por qué a mí?; lo que yo sí puedo hacer es dar una respuesta". No olvidemos que estamos condicionados por elementos bioquímicos, genéticos, culturales, económicos, psicológicos, etc., pero no estamos determinados. Siempre está en nosotros la posibilidad de cambiar las circunstancias, el destino, bajo dos maneras: la primera es transformando, operacionalmente hablando, la circunstancia adversa o ante algo que no se puede cambiar yo siempre podré escoger una actitud frente a ese hecho inmodificable y de esta forma cambio esa circunstancia. "No es el peso de la carga lo que hace daño, sino la forma como yo llevo ese peso".

Un desafío en esta fase es pasar del ¿por qué a mí? al ¿para qué a mí?: ¿para qué la vida, el destino, la ley de la selección natural o Dios (si soy creyente) hacen o permiten que esto suceda? ¿Qué hay detrás de todo esto? Yo puedo con mi dimensión noética o espiritual descubrir ese para qué y siempre ese para qué será para mi bien, aunque en

este momento no lo pueda ver. La logoterapia plantea el sentido incondicional que siempre y bajo cualquier circunstancia tiene la vida, hay que desarrollar la fe incondicional en el sentido oculto de todas las circunstancias; yo puedo descifrar, decodificar ese sentido.

Una de las pocas veces en que resulta valioso mirar hacia el pasado es para recordar hechos dolorosos que ocurrieron hace muchos años y que hoy día los vemos como algo muy pequeño y que incluso nos hoy nos producen risa, aunque hace años nos hayan hecho llorar. Cobra aquí validez la adivinanza que planteaba en una entrevista el papá del científico colombiano Elkin Patarroyo: "¿Cuál es la única cosa que nace siendo grandísima y después se vuelve pequeñísima? Los problemas. Recuerde, querido amigo, que si en el pasado ha superado tantas pruebas es por algo, si aún usted está vivo y no está en un manicomio es por algo". La vida y su familiar adicto y los demás cuentan con usted, aún le quedan muchas misiones por cumplir.

A continuación tomamos un tema de la revista NOUS (Otoño 2001, n.4, p. 37-41) de la Asociación Española de Logoterapia, donde el grupo FERMAD (Federación de Asociaciones de Asistencia al drogodependiente y su familia) con sede en Madrid, nos ilustra más acerca de estas primeras actitudes y comportamientos a tener presentes ante una persona drogadicta o alcohólica:

2.1.1. La drogodependencia y la culpa

"El proceso de la familia es largo y doloroso. La primera pregunta que se han hecho todas las personas que vienen al grupo y que se siguen realizando de forma recurrentes es: "¿Qué he hecho tan mal para que mi hijo/a se haya drogado?". La culpa es el primer sentimiento al que nos tenemos que enfrentar. Y es lógico que aparezca, pero es necesario superarla para poder avanzar. La culpa paraliza en la medida en que no se le da una respuesta adecuada.

Lo primero que analizamos es de dónde surge ese sentimiento. En el caso de Rosa, "la culpa" surgió por el comentario que había oído hacer, de que detrás de un problema de drogodependencia siempre hay un problema familiar. Pero cuando hace estos comentarios, da la sensación de que, en el fondo, no se siente culpable, lo único que busca es que de fuera le ratifiquen que ella no ha tenido nada que ver en que la situación esté así de mal. De hecho, su gran dificultad para ser coherente en su discurso con el hijo, entre otras razones, es el miedo que tiene a que éste se vaya de casa, se agudice el consumo y, por lo tanto, sentirse culpable de verdad. En el caso de Elvira, sin embargo, tras un largo proceso, reconoce que al principio no se sentía culpable "hice todo lo que estaba en mi mano para que no les faltara nada, pero ahora, si de algo me siento culpable, es precisamente de haberles dado todo. No saben vivir sin mí".

El trabajo de la culpa que se realiza en el grupo, está basado en el trato que se da a la culpa desde la logoterapia; primero, considero la existencia de la culpa como resultado del ejercicio de la libertad de cada uno y de la responsabilidad que de nuestras decisiones y actuaciones tenemos los seres humanos. Por lo tanto, en ningún momento intento

minimizar la culpa, sino que, en la medida en que existe una culpa real, movilizo a la persona para que la repare en el aquí y el ahora, responsabilizándose de tomar aquellas decisiones que retrasa fundamentalmente por miedo o por comodidad, entre otras razones. En el caso de Elvira, la forma de superar la culpa de "haberle dado todo", la está reparando dejando actualmente que su hijo se vaya de su lado e intente llevar una vida independiente, a pesar del miedo y el dolor que esa decisión le produce, porque la convivencia con él en este momento es maravillosa. Rosa, que evita sentirse culpable a toda costa, está "no" tomando las decisiones adecuadas, lo que le está haciendo, en parte, responsable de la continuidad del consumo de su hijo. Paradójicamente está consiguiendo lo que teme: tener realmente culpa por lo que a ella le corresponde, porque no podemos olvidar que el máximo responsable de un problema de consumo de drogas, es el propio consumidor. La labor que el grupo está realizando con Rosa, es hacerle de espejo para que se dé cuenta de lo que está haciendo.

2.1.2. La drogodependencia y el destino

La queja sobre la mala fortuna, es otro de los temas comunes a todos los participantes del grupo. Curiosamente pasamos del tema de la culpa, por considerarse responsables de la drogodependencia de los hijos, al tema del destino. La culpa ya no está dentro de la familia, se sitúa fuera. En este tema, los argumentos que se utilizan son: la drogodependencia no ha sido una decisión, sino que es una enfermedad "que nos ha tocado" y los hijos y las familias en este contexto son víctimas. No hay decisionalidad, ("¡no lo pueden dejar!"); por lo tanto, no hay responsabilidad, pero tampoco esperanza.

Todas las familias pasan en algún momento por esta fase. El proceso es muy largo y la desesperanza aparece en muchas ocasiones, pero la fuerza grupal es fundamental para superarla y recuperar la esperanza. Ahora bien: no siempre es suficiente. Así tenemos el caso de Elena. Tras el último fracaso de su hijo, se aferró a este pensamiento: "Es un enfermo que no la puede dejar, salvo que le obliguen. Y yo no lo puedo hacer". En este momento está esperando a que salga el juicio de su hijo y que, de esa forma, se acabe el problema. En este caso, la frialdad que muestra está agudizada por un problema de reconocimiento y expresión de sentimientos muy importante.

El grupo se rebela ante el caso de Elena. No puede aceptar que alguien tire la toalla de semejante forma, aunque admite que haya períodos en los que los diferentes miembros del grupo bajen la guardia, se desesperen e incluso de desliguen como parte del propio proceso. Confían en que más pronto que tarde, Elena reunirá las fuerzas suficientes para encarar de nuevo el problema, con otras energías. "¡Quizás cuando mejore su situación laboral, o cuanto no tenga que cuidar también del padre, o cuando vea a su hijo en una posición más humilde o de mayor necesidad!". De alguna forma, el grupo sabe que la afirmación de Elena de que "no la puede dejar" es una justificación que le permite desligarse un tiempo de cumplir con su responsabilidad, pero no la critican, la comprenden e, incluso, sienten lástima de su falta de energía para continuar luchando contra la drogodependencia de su hijo. Ahora bien, no por ello dejan de llamarla, preguntarle e interesarse por cómo van las cosas y de animarla a que vuelva e empezar.

2.1.3. Asumir la responsabilidad frente el destino

Asumir la responsabilidad frente al destino es la gran tarea que tiene que asumir la familia, porque la drogodependencia de los hijos forma parte del destino de los padres. La esfera de libertad de la familia queda condicionada por el problema de la droga, pero, aunque a priori dé la sensación de que el espacio decisional queda muy reducido, siempre hay posibilidades de actuación. Lola y Luis tienen a su hijo en la cárcel. Para los padres suele ser lo peor que puede pasar tras conocer el problema de la droga. Éste y, lógicamente, el sida. ¿Qué hacer si está en la cárcel? Pues, aunque parezca mentira, todavía se puede hacer mucho. Lola y Luis lo están descubriendo cada día, eso sí, con mucho dolor. El relato de su primera visita a la cárcel es desgarrador, y admirable cómo van superando día a día visita tras visita, el entorno, para concentrarse en lo más importante, el encuentro con su hijo. En estos encuentros le animan para realizar un tratamiento dentro de la cárcel. Le dan su apoyo, su cariño, pero le siguen poniendo límites claros a su relación. "No estamos dispuestos a favorecer que continúes el consumo de droga dentro de la cárcel", así que controlan el dinero que le ingresan en prisión y premian o castigan su comportamiento con las visitas, etc. Lola nos relata en muchas ocasiones, cómo se mantiene en su sitio cuando está con él, cómo mide lo que le tiene que decir y cómo controla el dolor que le produce todo lo que le está pasando. "Cuando salgo después de un encuentro difícil, no puedo parar de llorar en varias horas. Luis me dice que no me va a dejar venir como llore tanto, pero yo le digo que necesito desahogarme, que no se preocupe que ya se me pasará".

2.1.4. Dar un sentido al sufrimiento

A pesar de todos estos malos momentos, la esperanza es lo que une al grupo. Porque aunque sea un grupo en el que se trabaja diariamente con el dolor, no buscamos evitarlo, sino lograr que este dolor tenga sentido. El sentido de estas familias es hacer todo lo que está en sus manos para conseguir que sus hijos dejen la droga y puedan llevar una vida "normal", lo más felices posible. El sentido está en el propio intento, no en conseguir la meta, puesto que ésta no siempre se alcanza. La búsqueda del sentido del dolor la vamos a realizar a través de la apelación a las distintas clases de valores. En primer lugar, estamos incidiendo en valores creativos y de experiencia. Pedimos que las familias hagan aquello que está a su alcance: por un lado, realizar un acercamiento lo más próximo al hijo, hablar con él, mostrarle su amor, su deseo de ayudarle, etc.; por otro, marcar límites, controlar los comportamientos, premiar, castigar, etc.; es decir, estamos indicando a las familias que realicen un difícil juego de estar cercanos y marcar distancias al mismo tiempo. El mayor argumento es, por tanto, "lo hacemos porque te amamos, aunque eso suponga tomar decisiones que sabemos te van a hacer sufrir, pero que suponen mantener una coherencia en nuestro comportamiento en contra de tu autodestrucción".

Es una frase conocida para muchas familias aquella que habitualmente utilizamos los profesionales, de que para salir de la droga suele ser necesario dejar que toquen fondo.

Durante mucho tiempo las drogas presentan su cara más placentera, sin ofrecer ninguna consecuencia negativa, por lo que en los comienzos, suele ser corriente que la familia desconozca hasta su consumo. Incluso, cuando éste se hace evidente, todos los intentos de las familias por evitar que se continúe suelen ser recibidas por los hijos como invasiones, ataques de los padres, respuestas exageradas, etc. Será necesario que comiencen a aparecer las consecuencias negativas del consumo para que los jóvenes comiencen a decidirse por el abandono del mismo. Ahora bien, como sabemos, ni siquiera empezar a sufrir por el consumo, suele ser motivo suficiente para muchos jóvenes. Porque todavía los efectos placenteros del consumo, superan a los negativos. Será necesario esperar a que las consecuencias negativas hagan que el sujeto toque fondo, pero, ni siquiera en estos casos, tenemos la garantía de éxito.

El papel de la familia en muchos casos, y tras haber agotado todas las posibilidades a su alcance, se reduce a esperar el momento propicio en que el hijo esté receptivo para aceptar la ayuda que se le ofrece. Es el caso de Laura. Día a día ve cómo su hijo repite el proceso de iniciar el consumo, ir perdiendo el trabajo, consumir más, llegar a un punto en que está muy mal, acudir a una desintoxicación, abandonar el tratamiento en cuanto encuentra un trabajo y vuelve a empezar. Hace tiempo que le dijo que no podía continuar así y que la ayuda que le ofrecía era estar en su casa siempre y cuando se decidiera a realizar un tratamiento completo. Él ha optado por continuar con su dinámica, por lo que está viviendo con una chica a la que no quiere, pero que le tolera sus sucesivas recaídas. Laura siente profundamente la acomodación de su hijo a este proceso, pero es consciente de que, por el momento, no puede hacer nada, salvo esperar. El dolor de ver a tu hijo, ir decayendo poco a poco y no poder hacer nada, porque ni siquiera está en su casa, es muy profundo. El trabajo de poner límites, luchar con los hijos, puede ser muy doloroso pero, al menos, se tiene la gratificación de estar siendo activo; la espera pasiva, si no se tiene la fuerza suficiente para dedicarse a otras tareas u objetivos, correr el riesgo de convertirse en depresión.

Son muchos más los temas que se abordan en el grupo y muy rica la experiencia que estas familias me ofrecen semana tras semana. Simplemente he realizado una aproximación a algunos aspectos básicos del trabajo que realizo con las familias, tomando de referencia a uno de los grupos que dirijo.

El segundo paso que se debe dar para afrontar a una persona drogadicta o alcohólica es el de documentarse (leer textos, asistir a conferencias sobre el tema) acerca de esta enfermedad. Con este paso igualmente estará empezando a vencer el primer mecanismo de defensa que normalmente atraviesa todo familiar del adicto: La negación.

Formación del bloque: Reúna a sus seres queridos más cercanos (esposa, esposo, hijos, hijas, abuelos, tíos) y como objetivo propónganse actuar de común acuerdo: Todos harán y dejarán de hacer lo mismo frente a la persona adicta.

Asamblea familiar: Reúna cada 8 ó 15 días a sus seres queridos y cite a la persona adicta y allí el grupo le dice esencialmente que lo aman mucho y que quieren que él asista a tratamiento ya que está enfermo y necesita ayuda. Es conveniente que esta asamblea

dure pocos minutos (15 - 20 minutos).En la asamblea no se debe caer en polémicas o peleas.

2.2. Reflexiones y acciones de la familia

No niegue como familia el problema; resolver una situación de adicción implica tiempo (2-3 años de tratamiento sistemático). Desconfíe de los tratamientos que prometen una curación en pocos días o semanas o en jarabes o medicamentos que ofrece soluciones rápidas.

Trate de preguntarse: "¿Qué tanto conozco a mi hijo o familiar?".

Aumente la comunicación existencial. Ésta implica hablar de los sufrimientos y de las alegrías de la persona, significa buscar momentos de recreación y de diversión, encontrar momentos al día donde toda la familia se pueda encontrar y compartir la comida.

Busque una reorganización de la vida diaria tratando de aumentar la participación de la persona adicta en las ocupaciones familiares.

Disponga un programa de control para el manejo del dinero e infórmese de qué amistades frecuenta.

Recuerde que ahora comienza una lucha muy fuerte: Es importante soportar con paciencia y firmeza la tenaz insistencia del adicto que juzgará absurdo todo lo que es una terapia o tratamiento. Él buscará huir del control, amenazará con represalias, intentará chantajes, tratará de hacer pelear entre sí a los miembros de la familia, para sabotear la firmeza de la familia.

Piera Piatti, psicóloga italiana, plantea[36]:

Evite humillarlo. No le diga palabras soeces, no aplique castigo físico. Es importante que la familia aprenda técnicas de autocontrol para no agredir a la persona adicta. Con este comportamiento también se evita que la persona encuentre una excusa para responsabilizar a los demás del consumo de psicoactivos.

No sea su cómplice. Averigüe si usted es un co-adicto. Muchos familiares se sienten culpables de la adicción de uno de los suyos, manteniendo comportamientos inconsistentes por medio de los cuales a veces son permisivos y a veces no. Igualmente utilizan comportamientos que mantienen o favorecen el consumo de la otra persona, como por ejemplo: realizar tareas o responsabilidades que le corresponden a la persona adicta, pagar deudas que ha contraído con sus consumos, etc.

No ceda a los chantajes para acallar sus propios sentimientos de culpa. La persona adicta es muy manipuladora, conoce los puntos fuertes y débiles de sus congéneres, por lo tanto es fácil que las personas que están a su alrededor caigan en el chantaje.

Si acepta la terapia no lo culpe por una eventual recaída. Las recaídas durante un proceso de tratamiento son normales y se pueden aprovechar para disminuir la soberbia de la persona adicta cuando cree que ya tiene todo bajo control. La mejor defensa para la recaída es ser consciente de todos los puntos débiles, factores de riesgo o desencadenantes del consumo.

No se deje "envolver" en discusiones y dramas con el adicto: colóquelo en *time out* (tiempo fuera), es decir, si él llega a provocarlo desaparezca de su vista y déjelo solo. La persona adicta, en el fondo de su ser, sabe que se está destruyendo a sí misma y a los demás; por lo tanto, como un mecanismo de defensa para disminuir su culpabilidad, buscará con frecuencia provocar a los demás para que ellos reaccionen violentamente, encontrando así una razón para su adicción.

3. ¿Cómo ayudar a la persona adicta para que acepte o no el tratamiento?

Uno de los problemas más difíciles de resolver y que afrontan los terapeutas, familiares y educadores, tiene que ver con el "enganche", técnica o manera de lograr que la persona adicta elija o no, un tratamiento. Un desafío grande para un terapeuta es tratar de explicar por qué hay familias que durante años viven el drama de la drogadicción y el alcoholismo, dando la impresión de que no quisieran resolver el problema.

Las guías que planteamos enseguida buscan que la familia y el adicto elijan uno de dos caminos: o aceptan un tratamiento o asumen un sistema de vida en el cual la droga ocupa un lugar central, dando así paso a una vida autónoma e independiente para cada uno de los miembros del cuadro familiar.

3.1. Abordaje estructuralista

El enganche o abordaje estructuralista que se aplica a la persona adicta parte de la hipótesis de que ella consume droga porque tiene un problema (psicológico, biológico, social, espiritual); si se resuelve el problema, la persona dejará el consumo. El control sobre el consumo pasa a ser un objetivo no prioritario (al contrario de lo que se aplica en el abordaje funcionalista). Ejemplos de abordajes estructuralistas: Cuando el familiar le da consejos o "cantaletas" al adicto. Cuando el terapeuta hace psicoanálisis o *counseling,* terapia de la Gestalt, intenta aplicar reflejos rogerianos o estrategias que buscan hipótesis subyacentes para resolver el problema o encontrar la causa por la que se droga la persona. Este abordaje no utiliza la confrontación directa, no hay formas fuertes de presión hacia el adicto, hay poca directividad por parte de las personas o terapeutas.

3.2. Abordaje funcionalista

Las diferentes experiencias nacionales e internacionales (CEIS, Comunitá Incontro, Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas y Alcohólicos Anónimos) hacen ver como el enganche que más resultados da es el llamado funcionalista. Massimo Barra[37] dirigente de la Cruz Roja Italiana, en alguna forma hace una síntesis de este abordaje: "El estímulo más importante que ayuda a los adictos a abandonar las drogas es la dificultad cada vez más grande que encuentran para conseguir la dosis necesaria, y todo a un costo existencial y económico que se vuelve insostenible e intolerable. El adicto se cura cuando los aspectos negativos de su dependencia superan a los positivos".

En este abordaje se parte de la hipótesis de que la persona debe "tocar fondo" para que

acepte que necesita ayuda. Esta hipótesis despierta muchas objeciones y resistencias en el campo académico tradicional (profesionales, clínicos). Aquí se tiene presente la teoría de las "corazas o cápsulas" que hacen al adicto casi impermeable al contacto, casi no siente; por eso, lo único que logra penetrar la "coraza o cápsula" es un "shock" o situación que se sume a los efectos negativos de la adicción, a saber: La crisis de abstinencia y la esclavitud a la sustancia que implica un alto costo. En este abordaje se trata de ir eliminando poco a poco los refuerzos o situaciones gratificantes para el adicto.

Paralelamente el adicto se va encontrando en situaciones dolorosas o aversivas que tiene que afrontar por fuerza: tender la cama, lavar los utensilios de la cocina, no recibir dinero en efectivo sino en especie (comida, ropa, etc.), vivir en un sitio alejado de la familia donde, por un tiempo determinado, la familia paga los gastos de arriendo, comida y vestido, explicándole a la persona adicta que después de ese tiempo (2-3 meses) puede conseguirse un trabajo y tomar su vida en sus manos eligiendo la cultura de la droga, si lo desea, con todas sus consecuencias positivas y no positivas.

Otros estímulos que con frecuencia ayudan en este enganche funcionalista son:

Plantear una visita domiciliaria a la persona adicta para evaluar la posibilidad de cambio de custodia de los niños pequeños, cuando tienen hijos.

Decirle que es más conveniente que no siga asistiendo más a la universidad o al colegio, sino que es mejor hacer el tratamiento o comience a trabajar y se responsabilice de sí mismo.

Plantear por parte de la esposa(o) la separación temporal, mientras se decide o no hacer el tratamiento. La terapia de "confrontación" es esencial en este abordaje.

4. Las actitudes y comportamientos básicos existenciales para enfrentar a la persona adicta

En el abordaje de la familia y del adicto es fundamental que se adquiera y se viva una cosmovisión más de tipo humanista existencial. Específicamente, hemos visto la utilidad de los 5 existenciales básicos para afrontar la drogadicción y el alcoholismo: la dimensión espiritual o noética, la libertad, la responsabilidad, el sentido y el significado y la muerte o historicidad del ser humano.

4.1. El familiar y el adicto frente a la dimensión noética o espiritual

Esta dimensión propia de cada persona es la que genera la capacidad de "autodistanciamiento" y "antagonismo psiconoético" o capacidad de "obstinación del espíritu", por lo tanto, el familiar del adicto y el adicto mismo pueden desarrollar estas capacidades las cuales indican que la persona adicta no "es" adicta sino que "tiene" una adicción, es decir que lo enfermo en él es lo biológico, lo psicológico, lo social pero no su dimensión noética o espiritual, la cual no se puede enfermar y siempre estará sana y es fundamentalmente con ella con la cual podemos salir de la adicción. Con ella yo puedo

tomar una "distancia", una perspectiva frente a la enfermedad (lo biológico, lo psicológico y lo social). Es la que permite que: no obstante los condicionamientos biológicos, psicológicos y sociales (traumas, maltrato, marginación, etc.) yo no sea determinado por ellos. Yo puedo superarlos. La dimensión noética o espiritual es la que me permite descubrir sentidos y significados a lo que me sucede, es la que me permite vivir el "optimismo trágico" es decir, ver lo positivo en lo trágico. Toda persona, por más alto grado de drogadicción que tenga, puede caer en cuenta de que se está haciendo daño y está destruyendo a los demás.

4.2. El familiar y el adicto frente a la libertad

Por la dimensión noética o espiritual yo soy una persona libre, es decir que puedo elegir, ya que ser persona es optar a cada momento por algo, sabiendo desde luego y aceptando que, cada vez que elijo, huyo de un dolor o de un malestar pero voy a encontrar otro dolor o malestar. Ejemplos: Voy a un restaurante y me dan varias opciones: comer pollo, pescado o carne; debo optar por uno de los tres platos o puedo ir también a otro restaurante. Al elegir uno de los platos me quedo con lo agradable de él pero en los otros platos quedaron cosas agradables y desagradables (las que hicieron que yo hubiera elegido este plato). Hay que aceptar lo elegido y seguir adelante recordando una vez más que ser persona es elegir a cada momento y cada elección implica dolor y alegría.

Así, el familiar del adicto por su libertad puede elegir: O acepta que la adicción siga tal cual y con ella una forma de vida determinada, o elige buscar una asesoría o un tratamiento y en el caso que elija un tratamiento elegir cuál abordaje tomar uno funcionalista o estructuralista u otros.

Igualmente la persona adicta debe elegir la cultura de la adicción como una forma de vida, con todas sus consecuencias positivas y menos positivas, asumiendo su libertad y respetando la de los demás o eligiendo el tratamiento que también es doloroso porque exige renuncia y sacrificio pero que igualmente va a eliminar las muletas, el bastón (la droga) haciendo que camine con sus propias piernas y descubra la alegría que eso significa.

4.3. El familiar y el adicto ante la responsabilidad

Responsabilidad viene de *respons*, que quiere decir respuesta. Nosotros como familiares o adictos podemos responderle a los desafíos o preguntas que la vida nos hace diariamente. Y el haber caído en la drogadicción es una pregunta que la vida o el destino nos hacen ya que "nosotros no somos los que le preguntamos a la vida, nosotros somos los que le respondemos a ella". "De frente al destino adverso e inevitable es inútil que yo me pregunte ¿por qué a mí? Lo que yo sí puedo hacer es dar una respuesta" (Viktor Frankl).

Responsabilidad también quiere decir que hay un prójimo, una persona, una sociedad al lado nuestro la cual va a recibir las consecuencias positivas y negativas de nuestro

comportamiento y yo debo asumir estas consecuencias. Yo soy un ser fundamentalmente social. Igualmente hay un "deber ser" intuitivo que se me aparece en muchos momentos del diario vivir, que yo puedo seguir o no seguir, escuchar o no, ya que sigo siendo fundamentalmente libre y puedo elegir una alegría y un dolor. "Por la libertad yo puedo ser y por la responsabilidad yo debo ser".

4.4. El familiar y el adicto ante el sentido y significado

La logoterapia es la curación por medio del sentido y el significado. Hay dos frases del filósofo Nietszche que definen en gran medida lo que es la logoterapia: "Sólo el que tenga un porqué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo" y "…pero no fue el sufrimiento en sí el problema de esa persona, sino la ausencia de respuesta al grito ¿y por qué sufrir?".

La logoterapia plantea que a todo lo que nos ocurre, por más absurdo que sea, le podemos encontrar un sentido y un significado, un para qué y cuando lo encontramos, no importa cuánto tiempo nos demoremos, la desesperación pasa. El error, la fuga y el masoquismo consisten en quedarse en el eterno ¿por qué a mí?, hay que pasar del por qué al para qué.

Detrás del drama de la drogadicción y el alcoholismo hay un para qué, que la vida o el destino o Dios (si somos creyentes) nos quieren enseñar y ese para qué siempre será para nuestro bien. Por eso ante esta enfermedad el familiar del adicto y el adicto mismo deben creer firmemente que hay algo positivo, algo hermoso que la vida les tiene escondido y que ellos lo pueden descubrir tarde o temprano; este será el sentido o significado. "Mi noche no tiene oscuridad" (Chiara Lubich) o el aceptar vivir en una desorientación orientada debe ser la guía de vida para afrontar esta enfermedad.

4.5. El familiar y el adicto ante la muerte

El familiar del adicto y el adicto mismo deben aceptar algo irrefutable: todos tenemos que morirnos algún día; por eso ante el posible chantaje que nos haga la persona adicta o ante el temor que tengamos como padres o familiares de que el adicto se va a morir al asumir su vida y vivir en otro sitio, o se va a morir a causa de nuestras acciones, hay que aceptar y encontrar un sentido a la muerte. Lo importante es elegir conscientemente y creyendo qué es lo mejor que podemos hacer en ese momento, asumir las consecuencias y seguir adelante. A la muerte también le podemos encontrar un sentido y un significado, un para qué dentro de cualquier clave de lectura que tengamos (marxista, darwinista, católica, budista, etc.). Cuando aceptamos la muerte, estamos preparados y dispuestos a todo.

La implementación de los anteriores existenciales básicos con la persona adicta y los familiares implica paciencia y tenacidad, se trata de ir adquiriendo una nueva cosmovisión para aplicar en la vida cotidiana. La metodología puede ser variada: leer textos seleccionando cada uno de los existenciales, participar de grupos de meditación logoterapéutica, conferencias, asistir a .ejercicios como el del círculo de diálogo

existencial, plantear diálogos socráticos.

4.6. Síntesis de pasos a seguir frente a un problema de adicción

Primer paso:

- No se quede preguntándose el por qué a mí sino el para qué, "De frente al destino adverso e inevitable es inútil que yo me pregunte ¿por qué a mí? Lo que yo sí puedo hacer es dar una repuesta" (Viktor Frankl).

Segundo paso:

- Documéntese sobre el problema droga.
- Busque asesoría.

Tercer paso:

- Ponga en práctica las actitudes y comportamientos generales frente a una persona adicta (asamblea familiar, bloque, *time out,* etc.).

Cuarto paso:

- Asuma su libertad como familiar o adicto.
- Elija uno de los abordajes: funcionalista, estructuralista u otro.
- Recuerde: Libertad = elección y angustia.

Quinto paso

- Incorpore poco a poco a su forma de vida las actitudes y comportamientos existenciales básicos: lo noético, o espiritual, la libertad, la responsabilidad, sentido y significado y la muerte.

Sexto paso:

- Recuerde los principios de: Tender pero no pretender vivir en una desorientación orientada "Mi noche no tiene oscuridad".

Capítulo 5

EL TRATAMIENTO DE LA DROGADICCIÓN

Algunos comentarios sobre los diferentes tipos de tratamiento, (sin profundizar detalles técnicos, puesto que no es el objeto del presente estudio) pueden servir de orientación a los familiares del adicto[38].

1. Desintoxicación hospitalaria

Consiste en internar al adicto en un centro clínico donde se busca, especialmente, disminuir los efectos negativos de la crisis de abstinencia corta, por medio de medicinas o fármacos sustitutivos.

El gran riesgo, como se explica en el capítulo primero, al referirnos a la metadona, es el de "crear una nueva adicción": la persona abandona una sustancia pero se vuelve dependiente de la otra.

Cuando hay estados de adicción grave al alcohol y a la heroína y se tiene asegurado un programa integral donde inmediatamente después de la desintoxicación se realiza un tratamiento de psicoterapia individual, grupal y familiar, se pueden ver resultados positivos. La dificultad (las experiencias europea y norteamericana así lo demuestran) que se presenta, en la mayoría de los casos, es que el adicto después de ser "desintoxicado" en el centro clínico vuelve a su medio ambiente habitual y no acepta empezar el tratamiento de psicoterapia personal y familiar, que es indispensable.

Al sentirse bien físicamente, de nuevo (momentáneamente) y después de haber evitado la crisis de abstinencia corta, deja pasar unas semanas y vuelve a recaer en el consumo, cayendo en un círculo vicioso: desintoxicación hospitalaria –abstención momentánea– recaída en el consumo– desintoxicación hospitalaria.

2. Acupuntura

Lucarini Spartaco[39] escribe sobre los experimentos con acupuntura china, efectuados en clínicas de Hong Kong con adictos al opio y a la heroína, encaminados a buscar su desintoxicación.

En estas investigaciones, los médicos H. L. Wen, Margaret Patterson y Stanley Cheung insertan bajo la piel, detrás de las orejas del adicto, hasta una profundidad de medio centímetro, dos agujas que van unidas a una fuente de corriente alterna con frecuencia que va aumentado de 0 a 150 ciclos por segundo.

El tratamiento se aplica dos o tres veces al día durante los primeros tres días; luego una vez al día durante los cinco días siguientes. Los efectos sobre los malestares de la crisis

de abstinencia son positivos, notándose rápidamente sobre todo en el aspecto físico (temblores, calambres, dolores abdominales).

Investigaciones científicas demuestran que la acupuntura puede estimular la producción de las endorfinas naturales presentes en el organismo, las cuales ayudan a calmar la crisis de abstinencia.

3. Esencias florales

La terapia floral desarrollada por el médico inglés Edward Bach[40], ha tenido bastante difusión dentro de la medicina alternativa y la psicoterapia en nuestro medio. Una primera duda sobre las esencias florales consiste en que se han convertido en un producto de consumo masivo. En muchos tipos de negocios se encuentran carteles con fórmulas para todo tipo de problemas personales y familiares: divorcio, terminación del noviazgo, mala suerte, protección ante los deseos negativos de los demás, tristeza, etc. Esto nos recuerda una frase de Mario Picchi (fundador de uno de los programas más eficientes en el campo de las adicciones, el CEIS): "Nuestra sociedad sedienta del milagrismo químico, busca remedios mágicos que rápidamente la curen de todas sus angustias existenciales y le eviten todo tipo de dolor".

Aunque la mayoría de las esencias florales se elaboran con un bajo porcentaje de alcohol y se argumenta que: "ellas no actúan por efecto químico, como los fármacos clásicos, sino por efecto físico", se corre el riesgo de formar una nueva adicción a las esencias florales. Esta podría ser "menos dañina" siempre y cuando solucionara efectivamente el problema de la adicción al alcohol, cocaína, marihuana, etc., a cuyo respecto faltan seguimientos (*follows up*) de varios años, que sí aparecen con otros tratamientos. El autor, junto con un médico, se encuentra realizando el seguimiento de dos personas adictas al alcohol y psicofármacos con experiencias de "crisis psicóticas". Se ha trabajado con psicoterapia individual, grupal, familiar y se han visto resultados positivos (una de las personas lleva 10 meses en tratamiento con esencias florales). En este sentido una integración de varias estrategias terapéuticas en los casos de problemas psicológicos graves puede ser una alternativa, pero se necesita más investigación.

4. Homeopatía

La medicina homeopática también ha abordado las adicciones pero sus resultados según las investigaciones de F. Bruno y F. Maselli[41] no parecen haber dado resultados concretos, por lo menos en la parte de la terapia. En cuanto a la desintoxicación, los médicos homeópatas César Luna y Teresa Ladino, afirman en comunicación escrita al autor, que existen medicamentos como *nux vomica*, empleados con éxito en el caso de intoxicaciones con sustancias psicoactivas. Algunos homeópatas utilizan sustancias que causan náuseas y vómito. Si la persona consume alcohol, el medicamento se coloca en alguna bebida, generalmente, sin que el adicto se entere. Kanfer y Phillips, describen

tratamientos semejantes de condicionamiento aversivo, con un año, en los cuales los adictos en un porcentaje del 46% mantuvieron abstinencia total.

Acerca de este tipo de tratamientos, se ha dado una polémica de carácter ético: hay una forma de violencia hacia la persona y las reacciones de mareos y vómito pueden desencadenar otras consecuencias no previstas.

El tratamiento homeopático adolece de la misma falla planteada para las esencias florales: el milagrismo. Nuestra sociedad está sedienta de remedios mágicos que curen rápidamente todas las angustias existenciales y le eviten todo tipo de dolor. A esto se le puede agregar el riesgo de que el adicto cambie la dependencia de una sustancia por otra (psicoactiva por homeopática).

Indudablemente, el abordaje homeopático, por lo menos el ortodoxo (y no el que se está convirtiendo en una actividad consumista de corte alopático), es humanista, respetuoso del consultante y con una visión integral (se tiene presente el ambiente, soma, psique, espíritu). Este hecho podría favorecer diálogos con otros enfoques de tratamientos para adictos, donde se hagan seguimientos de varios años para comparar los resultados que ya existen en los tratamientos de comunidad terapéutica y modelo mixto.

5. Psicoterapia individual

Si se piensa en una psicoterapia donde solamente haya contacto con el adicto, los frutos serán pocos, por dos motivos principales:

Dadas las características del adicto, el hecho de que éste vive en una especie de "cápsula" o "coraza", hace difícil entrar en contacto con él, sobre todo teniendo en cuenta que no alcanza a comprender su propio estado, ni lo equivocado de su comportamiento. Todo lo anterior implica que la psicoterapia individual (si llega a asistir a una consulta) no toca al adicto, en el caso de que éste se encuentre en un alto nivel de dependencia (niveles 4º y 5º).

Si el adicto se encuentra en el comienzo de la adicción, es decir, está en la "luna de miel", también es muy difícil para el terapeuta competir con el "flash" y la "fuga": dos cosas "positivas" de la "luna de miel". ¿Por qué hacer psicoterapia?, se preguntará el adicto.

Aquí puede haber un poco de contacto; la "cápsula o coraza" puede ser aún permeable, pero entonces no hay motivación y sin ella es evidente que no se puede hacer psicoterapia individual.

Hay situaciones (el autor conoció varios casos italianos), en las cuales la persona va a un psicoanálisis ortodoxo por 2-3 años y durante ese tiempo continúa drogándose. El terapeuta ha olvidado algo que Yaría dice muy lúcidamente:

"Cuando en la terapia el abuso de drogas sigue, sólo se vive la ilusión de la resolución de los problemas. En realidad se están perpetuando con la complicidad del terapeuta".

Después de llevar una abstención de varios meses, es muy fructífera la psicoterapia individual y mejor aún si se combina con psicoterapia de grupo. La eliminación de la

dependencia física y en parte la disminución de la dependencia psicológica permite establecer un contacto más efectivo con la persona: la "cápsula" o "coraza" es más permeable. Por eso, el primer objetivo terapéutico debe buscar la eliminación del consumo de sustancias psicoactivas.

6. Terapia familiar

El trabajo con la familia del adicto indica un buen pronóstico. Todo tratamiento serio debe involucrar el sistema familiar. Diferentes investigaciones muestran cómo, si algún familiar comienza a asistir a reuniones de información sobre la adicción, las probabilidades de que la persona adicta comience el tratamiento, son altas. Lo más importante es que los familiares asistan a los grupos de asesoría, así sus allegados adictos no quieran saber nada de reuniones.

Algunas pautas convenientes por parte del terapeuta son:

- El objetivo de la terapia familiar en un primer momento debe buscar la abstinencia, el no consumo de sustancias por parte del adicto.
- "Descubrir" a los coadictos, los propiciadores y manejar adecuadamente la situación, ya que pueden sabotear el tratamiento e impedir la abstinencia.
- La negación, por parte de la familia, generalmente es el primer obstáculo en la terapia. No se acepta que el hijo, esposo, nieto, etc., sea un adicto.
- Después de la negación, cuando el adicto se ha integrado al tratamiento viene, en la mayoría de los caso, una fase de agresividad de la familia hacia el adicto. Es necesario estar atentos para frenar este hecho.
- No se debe olvidar que la adicción a la sustancia, es el síntoma de un malestar más profundo.
- Conviene integrar a los familiares con otras personas que tengan experiencias con adictos. Esto les sirve de apoyo y de "espejo".
- En el trabajo con adictos el colocar tareas domésticas para ocupar el tiempo libre, es fundamental en la colaboración para lograr la abstinencia y aumentar el control de la familia sobre el adicto.

Es frecuente observar la aparición de síntomas nuevos o conductas extrañas, en algunos miembros de la familia, cuando el adicto se está integrando al tratamiento o se está "curando". Debe darse la interpretación adecuada a esto.

En alguna ocasión, la madre de un heroinómano llevaba 8 años sufriendo toda clase de vejaciones (insultos, problemas judiciales, angustias). Después de que su hijo entró en tratamiento y dejó el consumo, ella empezó a sentirse "muy enferma": problemas de insomnio, malestares estomacales, falta de sentido de vida, depresión. En lugar de mejorar, por el hecho de que su hijo se estaba reeducando y los líos judiciales e insultos habían cesado, ella había empeorado. Se observa un reacomodamiento de las relaciones madre-hijo, a raíz de lo cual es necesario que la madre pierda el hábito de vivir envuelta en problemas y busque otras actividades, relaciones y significados para su nueva

situación vivencial.

7. Psicodrama

Es una técnica de psicoterapia que se basa en postulados de la psicología, la sociología y el teatro.

Yabonsky Lewis ha sido el principal animador para la utilización del psicodrama en el trabajo con adictos.

Para muchos de ellos, el psicodrama puede representar una vía para exteriorizar en forma teatral su propio mundo interior. Con la colaboración del grupo presente en una sesión se pueden resolver conflictos emocionales. Es un técnica que crea experiencias muy intensas ya que el escenario, la audiencia, el terapeuta y los yo auxiliares (personajes que hacen de "papá", "mamá" o cualquier sujeto) favorecen enormemente las expresiones de amor, odio o trauma del adicto.

En las sesiones se pueden ver beneficios no solamente para el protagonista central (adicto alrededor del cual gira la escena), sino para la audiencia (adictos restantes que forman el público) que puede ver reflejados y en parte solucionados algunos de su problemas. Los participantes del grupo son estimulados para que también actúen, aspectos de su propia vida que han sido "tocados" en la sesión.

El psicodrama ofrece la ventaja de que puede acortar las horas de terapia de tipo racional-verbal, ya que hay una acción emotiva catártica que se asemeja mucho a la situación real vivida por el adicto.

En grupos pequeños normalmente hay menos inhibiciones para los participantes y los conflictos íntimos pueden aflorar con más facilidad.

8. Teoterapia

Un fenómeno que se está volviendo muy común en nuestro medio, es la aparición de organizaciones que se fundan en la lectura de la Biblia, que hacen tratamientos a personas adictas.

Existen adictos que se han recuperado por medio de esta alternativa, pero hay que tener en cuenta algunos riesgos que se pueden presentar.

El autor ha conocido personas que ya no son adictas a sustancias psicoactivas pero han descuidado la esposa e hijos porque hay una "misión divina que cumplir". Habría que analizar si esto es justo para la familia.

El hecho anterior revela el otro riesgo de estas organizaciones: el integralismo. Al realizar únicamente una lectura teológica de la persona humana se desconocen las leyes naturales que también tienen una autonomía. Se cree que abordando solamente la parte religiosa del hombre y descuidando (en el caso de los adictos) las características de la adicción y los efectos de las sustancias sobre el organismo, en otras palabras, subordinando los datos científicos que existen sobre el manejo de las adicciones, se

puede encontrar la solución del problema. Un resumen de este riesgo es similar a creer que Jesús fue verdadero Dios, pero no verdadero hombre.

Un abordaje que no conduzca al integralismo ni presione al adicto a participar en ritos religiosos e incluya un programa de otras actividades, puede convertirse en una alternativa que merece ser tenida en cuenta, puesto que aprovechando el sentido religioso o búsqueda del trascendente por parte del hombre, puede despertarse un sentido, un significado que ayude al adicto a recuperarse.

9. Comunidad terapéutica

Es el tratamiento que junto al modelo mixto (comunidad terapéutica más intervenciones profesionales) está dando, actualmente, mejores resultados en el campo de las adicciones.

Existen estudios de seguimiento de dos años, efectuados a personas que ha terminado un tratamiento (2- 3 años) con el modelo mixto y se han reportado abstinencia al consumo de psicoactivos que va desde un 40% a un 80%. El autor ha seguido personas que han mantenido abstinencia por tres años (después se ha interrumpido el contacto).

La comunidad terapéutica es una relación compleja con unos orígenes muy remotos. María Helena Goti[42], describe lo siguiente:

"Ellos son llamados terapeutas y terapéutides… porque profesan un arte medicinal más excelente que aquél de uso general en las ciudades; porque aquél sólo cura cuerpos, pero el otro cura almas que estén bajo el dominio de terribles y casi incurables enfermedades, cuyos placeres y apetitos, temores y congojas, desenfrenos y locuras, y actos injustos y todo el resto de innumerable multitud de otras pasiones y vicios, que han infligido sobre ellos… (Phito Judaeus, 25 aC -45 dC).

Hemos extraído esta cita histórica de la obra *Los orígenes de la comunidad terapéutica sin drogas*: una historia retrospectiva, del doctor Frederick B. Glaser. En el párrafo se describen las actividades de un grupo que habitaba Egipto más allá del lago Mareotis, en las cercanías de Alejandría".

La primera comunidad terapéutica destinada al tratamiento de drogadicción fue fundada en 1958 en Ocean Park, California, EEUU, por Charles E. Dederich, un graduado de Alcohólicos Anónimos. Esta comunidad consistía en un grupo de adictos que vivían juntos en una casa vieja; allí los jóvenes en fase de recuperación participaban regularmente en seminarios de discusión y en un tipo de psicoterapia de grupo que implicaba examen recíproco de todos sus problemas. La Federación de Comunidades Terapéuticas define la institución como:

"Un grupo microsocial en continua revisión de su propio grado de cohesión en el contexto sociopolítico, cultural y religioso. Se trata de un grupo que afronta los problemas, las dificultades, los riesgos, las inseguridades y las tensiones del vivir cotidiano, buscando un punto de equilibrio entre las emociones, los sentimientos y la razón".

La comunidad terapéutica vive un proceso educativo – terapéutico que impulsa a conocer en profundidad los comportamientos anormales, para cambiarlos y afrontar los problemas sin necesidad de recurrir a sustancias psicoactivas.

Algunas características de la comunidad terapéutica son las siguientes:

Plantea una antropología a cuatro dimensiones: bio-psico-socio-espiritual.

La "racionalidad filosófica" cumple un papel de igual o mayor importancia frente a la "racionalidad científica", en relación al tratamiento del adicto. La teoría de valores. El problema del sentido y significado de la vida, son puntos centrales.

A la persona adicta se le trata más como "inmadura", "irresponsable" y no como "paciente".

La "crisis de abstinencia" se maneja sin medicamentos y sin sustancias sustitutas (ejemplo: no se utiliza la metadona como sustituto de la heroína).

Hay un enfoque más democrático en las relaciones entre terapeutas, ex-adictos y personas en tratamiento.

En la terapia el papel de la persona ex-adicta es determinante.

Se privilegia un abordaje más de tipo "funcionalista" al inicio del tratamiento. Lo primero es evitar que la persona consuma psicoactivos. Después, se centra la atención en la resolución del problema bio-psico-socio-espiritual.

El "esprit de corps" es muy fuerte. El progreso de cada persona le interesa a toda la comunidad.

Las comunidades terapéuticas comparten una "filosofía" escrita por Richard Beauvais, un residente de Daytop, quien dice:

"Estoy aquí porque no encuentro refugio de mí mismo. Hasta que no me confronte en los corazones y en los ojos de los demás, estaré corriendo.

Hasta que no fuerce a mi prójimo a conocer mis secretos, no estaré a salvo de ellos. Si no permito que me conozcan, no me puedo conocer yo mismo ni a nadie más, estaré sólo. ¿Dónde, sino en este lugar donde estamos todos en lo mismo puedo encontrar un espejo? Aquí, juntos, puedo por fin verme claramente. No como el gigante de mis sueños, ni como el enano de mis miedos, sino como una persona, parte de un todo, con un mismo propósito. En este lugar puedo echar raíces y crecer, ya no más solo como en la muerte sino vivo, para mí y para los demás".

Todos los días, antes de cada encuentro importante se recita la filosofía con el grupo. Cada frase es analizada y hecha propia por el joven en tratamiento. Normalmente las comunidades ofrecen un tratamiento en tres fases:

9.1. Fase de acogida

Es el período de los primeros contactos con el programa. Se participa en reuniones de información y orientación. Al adicto y a la familia se les explican las normas para empezar el tratamiento: mantener abstinencia de psicoactivos, trabajos para realizar en la casa, reglas a respetar. En esta primera fase se vive todo el día en la comunidad, pero se

duerme en la casa. El adicto no puede permanecer solo, se lo lleva a la comunidad por las mañanas y se acompaña al atardecer.

El primer objetivo es lograr la abstinencia.

9.2. Fase residencial

Aquí la persona pasa a vivir las 24 horas en la comunidad. El tratamiento es muy intenso y en las primeras semanas no se le permite el contacto con sus familiares.

9.3. Fase de reinserción

El adicto vuelve a su hogar o a otra casa para irse incorporando poco a poco a un nuevo programa de vida: trabajo, estudio, vida familiar, etc. Se continúan las reuniones semanales para hacer un seguimiento. En algunas comunidades hay posibilidades de participar en "grupos especiales", en tratamientos donde no necesariamente se viven las tres fases descritas anteriormente. Se trata de un tratamiento más personalizado y se cuenta con más asesoría profesional.

10. Modelo mixto (comunidad terapéutica más intervención de profesionales)

Durante muchos años ha existido una polémica entre los defensores de la comunidad terapéutica y los defensores del enfoque médico-psicológico tradicional. El modelo mixto busca ofrecer una respuesta a esta polémica. Para organizar este modelo es indispensable que el profesional (psicólogo, psiquiatra, médico) viva en una comunidad durante un tiempo y reciba las terapias "como si fuera un adicto". Si logra vivir dentro de la comunidad y hacer una reflexión posterior a la vivencia, se tendrán las bases para crear un óptimo sistema de tratamiento.

Este sistema es el que mejores resultados ha dado. El profesional puede aportar líneas de investigación, seguimiento (*follow up*) del joven rehabilitado. En un buen diagnóstico la figura del profesional es determinante. En ciertas problemáticas (homosexualismo, problemas de familia), se necesitan personas con títulos profesionales para colaborar en la rehabilitación del adicto. La guía fundamental dentro de este modelo mixto debe segur siendo más inclinada hacia el aporte que ha dado la comunidad terapéutica. Basándose en este postulado, desarrollado exitosamente por Charles E. Dederich en Syanon, el profesional puede comenzar a trabajar, pero antes debe vivir en comunidad, para conocer las dificultades que deberá afrontar. Si logra superar el desafío, habrá dado un paso adelante como terapeuta de adictos.

Las técnicas o grupos de terapia dentro de las comunidades terapéuticas más utilizados son[43]:

La confrontación: es la terapia estrella de la comunidad terapéutica; se hace durante las 24 horas, son verdades directas que se le gritan en la cara a la persona adicta, donde se le

dicen todos los defectos y errores que está cometiendo. Se debe hacer en voz alta y la persona que recibe la confrontación debe estar en pié con los brazos hacia atrás y mirando fijamente al interlocutor. "En la confrontación sólo hay acusados, nadie puede ni debe defenderse. Es la voz de la comunidad que por intermedio de uno de sus miembros le llama la atención a una persona adicta".

El grupo dinámico: donde se favorece que los jóvenes expresen todos sus sentimientos y emociones: llorar, reír, gritar. Es una catarsis muy fuerte que puede sorprender por su dramatismo a las personas que no están entrenadas en este grupo. Tiene como base, sobre todo, la terapia de la Gestalt.

El *grupo estático*: es un grupo más racional donde las personas cuentan sus problemas y entre todos se trata de encontrar solución a dicho problema. Se basa mucho en una parte de la filosofía de la comunidad terapéutica: "La persona que teme ser conocida, no puede conocerse a sí misma ni conocer a los demás; está sola".

El *grupo de objetivos*: en él se hace un seguimiento personalizado de los objetivos y tareas que cada persona debe ir cumpliendo semanal y mensualmente, normalmente se presentan calificaciones cuantitativas y cualitativas. Está basado sobretodo en la psicología conductista.

El *grupo de meditación o reflexión*: es un grupo donde se abordan temas filosóficos o religiosos, normalmente se hace una lectura y el grupo queda en silencio y donde el que quiera pueda hacer algunas reflexiones en voz alta. En algunas comunidades, el grupo está en absoluto silencio durante una hora.

Igualmente la comunidad terapéutica trabaja mucho la terapia ocupacional y la lúdica. La comunidad es una escuela de vida.

11. Modelo mixto y logoterapia

Los expertos en adicciones que quieren trabajar con la logoterapia normalmente hacen un abordaje ecléctico pero teniendo como base el modelo mixto integrado con la logoterapia específica y no específica. Las variantes de intensidad del tratamiento varían de acuerdo con la persona, el ambiente y con la sustancia psicoactiva consumida. Las tres variantes más utilizadas son:

Grupos especiales: integrado por personas adictas que necesitan un seguimiento más individual, ya que son personas donde el elemento psicopatológico, psiquiátrico o limítrofe es muy presente. Las personas pueden ir dos o tres veces por semana a sesiones individuales y/o grupales.

Grupos diurnos: las personas, teniendo un fuerte control y ayuda familiar, están todo el día en tratamiento y duermen en su residencia familiar.

Grupos residenciales: el trabajo es muy intenso y la persona está las 24 horas en tratamiento. Las intensidades de tiempo de tratamiento más frecuentes en este modelo mixto integrado con la logoterapia varían entre 9 meses y 3 años. Después de estos tiempos anteriores las personas normalmente deben seguir asistiendo a los llamados

“grupos de apoyo” que se realizan cada 8 o cada 15 días máximo.

El autor, después de más de 20 años de experiencia en este campo y de haber seguido varias investigaciones en varios países y viendo los resultados, recomienda que el tratamiento de adicción por lo menos debe durar 3 años en forma sistemática. Terminado este tiempo se debe continuar con los grupos de apoyo.

11.1. El diálogo socrático como estrategia de trabajo con la persona adicta

Lukas[44] plantea que con el diálogo socrático se deben tener en cuenta las siguientes pistas:

11.1.1. La autocompasión o victimismo

La persona tóxico-dependiente se pregunta con frecuencia: “¿Por qué me sucedió esto a mí?, ¿por qué tengo tan mala suerte?”. Ante estos planteamientos, el terapeuta debe estar atento y hacer preguntas de este tipo: ¿y por qué no? ¿Hay alguna razón por la cual a usted no le puedan pasar ciertas cosas? ¿Conoce a otra persona a la cual le haya sucedido algo parecido?

Con esta clase de preguntas “socráticas” se busca “descentrar” al sujeto; hacer que no se observe tanto a sí mismo, sino que, por el contrario, mire afuera para buscar un equilibrio y se dé cuenta de que son muchas las personas que viven momentos difíciles.

En esta etapa, como punto de referencia, se pueden recordar y analizar estas frases: “A mí también, al igual que a todos los seres humanos, me tocó vivir tiempos difíciles” (Borges). Otro tipo de conductas verbales del adicto es responsabilizar de sus problemas a los demás. Frases tales como: “Me drogo porque no consigo trabajo…”, “porque no tuve padres…”, “porque la sociedad me rechaza…” son frecuentes.

Frente al victimismo y autocompasión del adicto, el objetivo terapéutico es reforzar su “locus de control interno”, llevarlo a responsabilizarse de su comportamiento y a hacer razonamientos como: “No obstante haberme sucedido tal cosa… yo puedo responder y actuar así…”.

En la pregunta socrática, con tacto (aquí ya es importante tener buenos niveles de empatía), hay que ser “provocadores” e irónicos, tratando de despertar en el adicto los recursos de supervivencia, de lucha por la vida, inherentes a todo ser humano. En este punto, la logoterapia cree firmemente en la capacidad de autotrascendencia entendida ésta como la potencia para encontrar un sentido a las situaciones difíciles que se deben afrontar en la vida. Por medio de la autotrascendencia observo fuera de mí, me concentro en un objetivo, tarea, idea o persona a la cual dirijo mi atención.

11.1.2. El significado o sentido positivo de los hechos pasados

La persona adicta ha vivido situaciones dolorosas antes de entrar al tratamiento. Es común, por lo tanto, escuchar experiencias de robos, cárcel, separaciones conyugales, etc. El terapeuta, ante estos hechos, debe ayudar al adicto a encontrar un significado

positivo. El objetivo terapéutico busca alcanzar dos tipos de vivencias.

Descubrir que "gracias a que me sucedió tal cosa desagradable..., ahora…". Por ejemplo, gracias a mis experiencias como adicto, ahora puedo ayudar a otros adictos a salir de su dependencia. Un adicto pasivo (que no consume psicoactivos), frecuentemente puede llegar a ser un coterapeuta. Recordemos la frase de Esquilo: "Al que ha sufrido le queda la alegría de comprender al otro".

En el diálogo socrático con el adicto, el terapeuta debe tener presente cómo, ante las situaciones dolorosas y ya inevitables (ya sucedieron y esto no tiene reversa), siempre se puede dar una respuesta que cree presente y abra futuro. Ante las preguntas que plantea la vida, el destino, el "karma", siempre se puede responder y ante las preguntas que no tienen respuesta o existe un misterio, se encuentra también un sentido o significado al "sinsentido".

Para el logoterapeuta, es un gran desafío ayudar al adicto en esta fase, ya que se debe imponer sobre todo la "vivencia", el "ser" del terapeuta, para acompañar a la persona a la aceptación de lo inmodificable.

Con esta forma de abordaje, también se favorece el aumento de la tolerancia a la frustración, aspecto clave en la personalidad del adicto, pues en éste esa tolerancia tiene un nivel muy bajo.

11.1.3. Búsqueda de sentido o significado hacia el futuro

Es importante en el trabajo con personas adictas a psicoactivos, no caer en el error de una excesiva fijación del análisis de las "causas" de la adicción o de las experiencias pasadas. Hay terapeutas que sufren de etiologismo (exageración de la etiología).

En la fase de diálogo socrático, se pasa en compañía del adicto a explorar el futuro; las expectativas, el deber ser. El análisis de la distancia entre el "ser" y del "deber ser": "Ahora como adicto activo soy tal cosa; mañana, como adicto pasivo, puedo ser…", se convierte en un objetivo terapéutico que conviene empezar a desarrollar después de haberse logrado un proceso de abstinencia amplio. Para algunos autores sólo después de siete meses de haber iniciado el tratamiento y por supuesto, de no estar consumiendo droga, se debe comenzar el análisis del "deber ser", el enfoque logoterapéutico propiamente dicho.

El período de siete meses tiene que ver con investigaciones y cálculos que plantean dicho lapso como el intervalo requerido psicofísicamente por el organismo, para restablecer mínimamente las "funciones normales", que tenía antes de generarse la dependencia física y psicológica a la droga.

La dimensión noética de la persona, después de este tiempo, estaría en condiciones de "captar" diálogos y análisis sobre el sentido y significado. Antes de los siete meses, la crisis de abstinencia, que produce malestar físico y psicológico, impide que se puedan aprovechar adecuadamente los diálogos de tipo "existencial".

Un aspecto a distinguir en el tratamiento de adictos, relacionado con el aquí y ahora (el tiempo presente) y el futuro es el siguiente: en cuanto al problema del consumo de

psicoactivos, es más favorable trabajar con el adicto el "momento presente" para disminuirle la angustia que se presenta frecuentemente en él, ante la perspectiva de que afrontará un futuro sin droga. Por eso es conveniente recordar el lema: "Sólo por hoy no consumiré, mañana veremos" o "sólo por esta hora no consumiré…".

En lo referente al abordaje logoterapéutico del "deber ser", lógicamente se busca una proyección al futuro. Aquí el tema a tratar no es el del consumo de psicoactivos sino las actividades, el trabajo, el estudio, la vida afectiva, las características de personalidad, etc., que se convierten en metas para aproximarse.

En cuanto al "deber ser", en logoterapia se trabaja, con frecuencia, lemas como: "Tender pero no pretender", lo cual significa que no se trata de creer que se va a alcanzar el la perfección. El ser humano debe ser consciente y aceptar que tiene límites. Por eso al adicto se le invita a ponerse metas, objetivos, previendo que las "expectativas" deben ser enmarcadas dentro de unas posibilidades de error. La "tendencia" implica una posición activa por parte de la persona para encaminarse hacia un objetivo: el "no pretender" implica que el "deber ser", siempre será una meta a la cual nos aproximamos, pero no siempre llegaremos.

Un ejemplo puede ser: "Aspiro a mejorar la marca personal atlética de los 10.000 metros. Siempre existirá una marca para proponerme, la alcanzaré y entonces me fijaré otra que tal vez también pueda conquistar y así indefinidamente". De igual manera en el campo intelectual, existencia, afectivo, etc.

11.1.4. Las "preguntas ingenuas" frente al adicto

La técnica de las "preguntas ingenuas" se deriva del diálogo socrático.

La experiencia clínica del trabajo con adictos, indica que implementar diálogos socráticos con personas adictas puede ser difícil e inadecuado en una primera fase del "enganche" al tratamiento. Es necesario realizar, en primer lugar, una desintoxicación física y un abordaje más "funcionalista". Pasados unos siete meses, pueden comenzarse los diálogos socráticos como búsqueda de sentido y significado.

Teniendo presente lo anterior, se ha visto que la técnica de las "preguntas ingenuas", sí puede emplearse aún cuando el adicto esté consumiendo sustancias psicoactivas o en las fases iniciales del tratamiento.

Las características a tener en cuenta para implementación de esta técnica son:

Δ No oponer resistencia

Cuando en el trabajo con personas adictas, éstas buscan que el terapeuta o sus familiares les "lleven la idea" o estén de acuerdo con sus planteamientos equivocados, se pueden intentar "preguntas ingenuas" que tengan una dosis de provocación, exageración e ironía.

Se trata de no llevarles la contraria, sino aceptar aparentemente sus propuestas equivocadas. Esta actitud, con frecuencia, lleva al adicto a reconocer sus equivocaciones o, por lo menos, a agotar alternativas que favorecen un

acercamiento al "tocar fondo", tan necesario en muchos casos de adictos, para que al final acepten un tratamiento adecuado.

El siguiente es un ejemplo tomado del archivo clínico del autor de esta obra. Se trata de una persona adicta a la heroína, en el tercer día de una desintoxicación domiciliaria.

La persona plantea que ya "está bien y tiene que ir a trabajar a la oficina":

Adicto: "Ya llevo tres días y lo más difícil ha pasado. Tengo que ir a ver cómo marcha el trabajo en la oficina".

Terapeuta: *(Sabía que la persona cuando comenzó la desintoxicación había solicitado licencia por una semana para no asistir a la oficina, por lo tanto estaba buscando una excusa para ir a la calle y drogarse)*. "Usted sabe que tiene permiso por una semana".

Adicto: "Pero, es que recordé que tengo que ir a la oficina porque necesito buscar unos papeles".

Terapeuta: "En este caso puede ir con un operador terapéutico o con su esposa para que lo apoyen y no haya recaída".

Adicto: "No, no, no es necesario, deben confiar en mí. No necesito compañía".

Terapeuta: *(Aquí hay seguridad de que la persona se quiere ir a drogar, por lo tanto se opta por no oponerle resistencia. Además existían antecedentes de agresividad)*. "Sí, es verdad, tiene que hacer un trabajo en la oficina, es reconfortante ver como estos tres días le han servido tanto y ha adquirido tanta responsabilidad, ¿verdad?

Adicto: "¿Usted no me está creyendo? Tengo que ver unos papeles…" *(Aquí la persona comienza a dudar de la afirmación anterior del terapeuta, se sorprende de que no se le oponga resistencia)*.

Terapeuta: "¿Que no le creo? *(ingenuamente)* Si usted está insistiendo que en que tiene que ir a trabajar, ¿por qué no le habría de creer? En tres días ya aprendió a no drogarse más. ¡Fabuloso!" *(con ironía)*.

La persona finalmente salió a la calle al mediodía; regresó en la tarde y a la mañana siguiente en una llamada por teléfono al terapeuta, reconoció que había consumido, aceptando que no era verdad lo del trabajo, que era una excusa creada por él. La persona se dio cuenta de que el terapeuta nunca creyó en la afirmación referente al trabajo en la oficina, estando por el contrario seguro de que iría a drogarse.

Esta experiencia sirvió para:

– Evitar una escena que ha podido degenerar en violencia, ya que en el momento en el cual el adicto insiste en que tiene que "ir a trabajar", la esposa había intentado detenerlo sin conseguir convencerlo. Con la intervención del terapeuta de no llevarle la contraria y aceptar con ironía su excusa, se le deja libre para salir a la calle.

– El adicto hace un *insight*. Se da cuenta de que el terapeuta no cree en su excusa del trabajo en la oficina.

– La persona no sigue con la negación (mecanismo de defensa presente en los adictos), siendo esto de mucho valor para lograr un "enganche" más definitivo en un

tratamiento, ya que cuando la negación va desapareciendo es porque está tocando fondo y el adicto acepta su impotencia ante la sustancia psicoactiva. En este momento empieza el "enganche" con un buen pronóstico de permanencia en el programa terapéutico.

Δ La ironía

En el empleo de la técnica de las "preguntas ingenuas" frente a la persona adicta, la ironía, el "creer ingenuamente", "aparentemente" las propuestas del adicto, debe ser fundamental. Con la ironía, como se veía en el ejemplo anterior, se van disminuyendo las resistencias del adicto y se favorece el *insight*. Para terminar este capítulo y teniendo presente la importancia del movimiento italiano en el tratamiento de las adicciones, resumimos a continuación, unas líneas de acción de una investigadora, Letizia Pappalardo[45] quien haciendo referencia al "Progetto Uomo" del CEIS (Centro Italiano de Solidaridad) plantea cinco principios terapéuticos que normalmente se tienen presentes en los tratamientos con adictos:

Tomar posición: es ayudar a la persona desde los primeros momentos a que distinga entre destino y libertad. Desde la logoterapia el ser humano construye el destino, aún en aquellos hechos que le suceden y en los cuales no tuvo responsabilidad porque ante ellos igualmente puede elegir su actitud, según la frase de Frankl "yo actúo conforme a lo que soy, pero yo me transformo también de acuerdo a como actúo"[46].

Olvidarse de sí mismo: Tiene que ver con la autotrascendencia de la logoterapia, por el cual yo estoy menos pendiente o menos centrado en mí mismo. "El yo se vuelve tal, solamente a través de un tú"[47].

Ser responsables en el aquí y en el ahora: Es el mismo aspecto que se explicaba en el punto tres.

Vivir y encarnar significados y sentidos: es el entrenamiento por medio del cual a la persona se le ayuda a que encuentre sentidos y significados en los hechos que le suceden o que suceden. Es pasar del ¿por qué a mí? al ¿para qué a mí?, es el aceptar algunos acontecimientos y preguntarme: ¿y por qué no? (¿Quién soy yo para que no me puedan pasar algunas cosas dolorosas?, ¿Por qué a los demás sí y a mí no?). Igualmente es la encarnación de sentidos y significados por medio de los valores de creación, de experiencia y de actitud que plantea la logoterapia.

Cambiar de actitud: es un entrenamiento fundamental para afrontar las cosas inmodificables que se le presentan a la persona adicta. Es cambiar la actitud, la perspectiva, la distancia ante éstas. Es el desarrollo de la capacidad de autodistanciamiento, propia de la capacidad noética o espiritual.

En la técnica de la intención paradójica se puede desarrollar esta capacidad de autodistanciamiento.

12. Algunas conclusiones sobre el diálogo entre la logoterapia y la problemática de las adicciones a sustancias psicoactivas

La logoterapia es un enfoque desarrollado básicamente para combinar con otros enfoques de la psicología y la psiquiatría. Hay muchas experiencias en este campo de la complementariedad de los enfoques. Dentro de una visión pluridimensional, no sincrética, hay una casuística exitosa en el problema de las adicciones.

Los tratamientos de personas adictas, en los programas más grandes a nivel mundial (Comunitá Incontro y Proyecto-Hombre, CEIS), que han tenido seguimientos entre dos y cinco años, demuestran que, parte del éxito se debe al trabajo conjunto de la logoterapia con otros enfoques.

El enfoque logoterapéutico utilizado en forma exclusiva, no permite resolver favorablemente casos de adicción a sustancias psicoactivas. No se conoce casuística al respecto.

El modelo mixto, es el tratamiento, que de acuerdo con las estadísticas, ofrece los mejores resultados.

En una primera fase del tratamiento de la adicción, la aplicación de la logoterapia específica (diálogo socrático, modulación de la actitud), difícilmente produce resultados, ya que la dimensión noética está restringida debido a la intoxicación del cuerpo. Es necesario, por tanto, que la dependencia física y psicológica sean los primeros aspectos a tratar.

Después de unos 5-7 meses de tratamiento y ausencia de consumo de psicoactivos, se puede empezar el trabajo con la logoterapia específica.

La logoterapia no específica (intención paradójica, derreflexión) tiene más posibilidades de aplicación en la primera fase de tratamiento, siempre y cuando, como se dice en el capítulo cuarto, se tenga una amplio conocimiento de las características de la adicción como enfermedad (sustancias, crisis de abstinencia, tolerancia, etc.) y de las características del adicto (“manipulaciones” y “juegos” que emplea).

En la fase final del tratamiento, la logoterapia específica debe ocupar un lugar central. En el caso de las adicciones graves, donde se recomienda que la persona, una vez terminado el tratamiento, continúe asistiendo 3 ó 4 veces al mes a los “grupos de apoyo”, es importante seguir planteando “significados” y “sentidos” a las dificultades que se van encontrando en la nueva vida de reintegración.Este tipo de logoterapia es fundamental para prevenir recaídas.

La teoría metaclínica del sufrimiento planteada por Frankl, es una buena ayuda en estos “grupos de apoyo” ya que el adicto, normalmente, tiene una baja tolerancia a la frustración.

La visión filosófica y antropológica que propone Frankl es una buena opción para el marco teórico desde el cual se afrontará el problema de la drogadicción en general.

En el campo de la prevención sobre todo si se parte de una hipótesis etiológica-noógena de las adicciones, la visión filosófica y antropológica propuesta por Frankl, posee una gran riqueza para plantear estrategias. Un ejemplo: los Círculos de Diálogo Existencial, CDE.

Capítulo 6

CONTRADICCIONES EN EL MUNDO DROGA

Para finalizar nuestro texto, queremos plantear algunas contradicciones e interrogantes del problema droga en el cual hay muchos intereses de tipo geopolítico, económico y social; la influyente revista The economist y Arturo Luna, en un artículo de la revista Ciudad Nueva[48] hacen ver algunas de ellas:

¿Por qué los psicoactivos: alcohol, cerveza, whisky, cigarrillos y psicofármacos que producen los países ricos son legales y los psicoactivos: cocaína, heroína producidos, en su mayoría, por los países pobres son ilegales?

Esta es una primera contradicción que salta a la vista, al sentido común. Los expertos opinan que las adicciones como la cerveza, cigarrillos, cocaína, marihuana, heroína, etc., son sustancias psicoactivas que producen cambios fisiológicos y psicológicos. Las personas adictas a cualquiera de estas sustancias ameritan una terapia. La dependencia física, psicológica, la crisis de abstinencia y la tolerancia son comunes a las drogas sean legales o ilegales. Según expertos, el problema de la ilegalidad o legalidad de las drogas es un pulso de poder por el control de éstas, es la lucha por la supremacía entre los países ricos y países pobres.

¿Por qué Estados Unidos legalizó el consumo de alcohol para contrarrestar el poder de la mafia italo-norteamericana que se enriquecía con el contrabando y por qué en Colombia no se cambia la estrategia para afrontar a algunos actores de la guerra que en parte se financian con la droga?

Para nadie es un secreto que Estados Unidos durante muchos años prohibió la producción y el consumo de alcohol, pero perdió esa guerra ante las diferentes mafias que se enriquecieron e incluso apoyaron y eligieron a varios presidentes norteamericanos.

¿Por qué un kilo de cocaína en Nueva York vale US$110.000, pero la hoja de coca para producirlo cuesta en campo US$500?

Varios estudios acerca de las utilidades que deja el negocio de las drogas demuestran cómo las mayores utilidades entre un 80 y 90% quedan en manos de los comerciantes y distribuidores de los países ricos. El 10 y 15% queda para los países pobres.

¿Por qué los tóxicos de las fumigaciones que se emplean en Colombia han sido prohibidos en otros países?

Perú y Bolivia han suspendido las fumigaciones y paradójicamente han logrado con otras estrategias disminuir el número de hectáreas de cultivos ilícitos. En el caso de Colombia, a medida que aumentan las fumigaciones, aumentan las hectáreas cultivadas (hay desplazamiento a otras regiones). Igualmente sabemos cómo los hongos de experimentación para combatir los cultivos ilícitos que han sido prohibidos en Estados

Unidos a toda costa se quieren implementar en Colombia. Se comprende entonces cómo los ambientalistas y los campesinos cada vez estén más en contra de la política de fumigaciones.

¿Por qué el dinero ilícito, ilegal es un negocio monumental?

Icaro, en El Espectador, dice: "Resulta que hay jugadores muy duros en el mercado del dinero, como los gerentes de multinacionales o de los fondos pensionales, que exigen el máximo interés para colocar sus fondos, y que por tanto obligan al banquero a sacrificar ganancias para atraer inversionistas, en reñida competencia con los otros. Pero por suerte para los bancos, hay también jugadores grandes cuyo interés no es la ganancia financiera sino la legalización o el lavado del dinero, dispuestos no sólo a dejar de percibir intereses, sino a pagar una prima extraordinaria para que el banquero borre el rastro de la ilegalidad". Como vemos, ésta es una estrategia que permite mantener a flote a muchos bancos gracias a sus agencias en los paraísos fiscales.

¿Hay discriminación de la justicia en la guerra contra las drogas?

Según estudios del *The Sentencing Project*, que analiza la justicia en Norteamérica, el 55% de los convictos y el 74% de los sentenciados por distribución de drogas en Estados Unidos pertenecen a la población negra. Son más jóvenes negros que están en las cárceles que los que estudian en la universidad. En Estados Unidos la mayoría de consumidores de cocaína están en las clases altas y los expendedores en su mayoría son hispanos y afroamericanos y pertenecen a las clases bajas. En Colombia hubo sorpresa y dolor cuando el presidente Clinton dio libertad a varios norteamericanos implicados en el comercio de drogas y que habían financiado parte de su campaña e igualmente todos recordamos la persecución contra el financiamiento de la campaña del presidente Samper.

¿El debilitamiento internacional de Colombia a quién le conviene?

Varios analistas están de acuerdo en que a muchos países les conviene que Colombia sea más débil económica y políticamente para tener así un competidor menos en el campo comercial. Igualmente, el peso político de Colombia en los organismos internacionales va a ser menor al estar estigmatizada por el narcotráfico.

¿IVA al consumo de drogas?

Carlos Fuentes, el famoso escritor mexicano, dice: "El único golpe que se le puede dar al narcotráfico es despenalizar la droga e imponerle el IVA al consumo de droga para ayudar a los drogadictos. Cuando se acabó la prohibición del alcohol en Estados Unidos siguió habiendo borrachos, es cierto, lo que ya no hubo más fue Al Capones".

¿Por qué la sociedad impulsa consciente o inconscientemente modelos de vida que favorecen el consumo de drogas?

Esta es una contradicción que aparece a la luz del sentido común y de los expertos. Nuestras formas de vida en la sociedad consumista neoliberal favorece el consumo: ¿en las películas y novelas los héroes y galanes en su mayoría no consumen drogas legales o

ilegales? ¿Nuestros grandes ejecutivos, ante la obligación de estar atentos a muchos compromisos, no echan mano de estimulantes como la cocaína? ¿Ante el desfase de la vivencia interna del tiempo en el ser humano (necesidades de serenidad, de tranquilidad) y entre el tiempo externo que nos pide la sociedad (velocidad, estrés), muchos no encuentran a la cocaína estimulante o a la heroína depresora del sistema nervioso central?

Si los países ricos imponen defensas aduaneras para que los productos agrícolas de los campesinos del tercer mundo no entren a esos países, ¿por qué entonces no comprender que los campesinos pobres tienen que sobrevivir con productos ilícitos que sí consumen los países ricos?

> ¿Cómo explicar el que haya revistas de libre circulación en muchos países que expliquen la forma en que se debe preparar un cigarrillo de marihuana, un preparado de cocaína o una inyección de heroína?

¿Qué hacer entonces?

La cantidad de evidencias y estudios frente al problema droga presentados por expertos y líderes internacionales llegan a una conclusión: no se puede seguir afrontando la lucha contra las drogas en la forma como hasta el momento se ha llevado a cabo. Hay que buscar alternativas diferentes.

En este artículo solamente hemos querido plantear más interrogantes que respuestas ante un problema tan complejo como es el de la droga, pero no queremos terminar sin antes intentar dar un mínimo de respuesta: como decía un psiquiatra "tenemos que crear condiciones de vida para nuestros hijos, para nuestra gente de tal manera que, no obstante que la droga se venda en las calles libremente, nuestros hijos no tengan necesidad de ella".

Creemos que las causas de la drogadicción están en la disgregación y crisis de la familia, en la búsqueda exagerada del placer que nos plantea la sociedad consumista y el liberalismo económico, en la miseria y el desempleo que afecta a la mayor parte de la población colombiana y mundial, en la soledad, la depresión y la crisis existencial que cada vez más golpea al ser humano contemporáneo. Igualmente, la robotización y tecnologización que se imponen en el sistema productivo económico y en la vida cotidiana, sin que paralelamente aumenten las opciones humanizantes (creación de mayor tejido social, recuperación de valores y tradiciones) hacen que el ser humano huya o se escape cada vez más en la nube de las drogas.

2. Drogadicción y logoterapia
3. Drogadicción y logoterapia
4. Drogadicción y logoterapia

BIBLIOGRAFÍA

1. Luna, Arturo. *¿Qué hacer con un hijo adicto?*. Ed. San Pablo, Bogotá, 2002, 4ª. edición, p. 9.
2. *Ibídem*.
3. Yablonsky, Lewis. *La comunità terapeutica, un metodo valido per la cura della tossicodipendenza*. Astrolabio, Roma, 1989m, p. 16.
4. Masselli, F. y Bruno F. *Per paura di vivere. Città Nuova*. Roma, 1985, p. 52.
5. Rumbos Programa Presidencial, Pilas con las drogas. Ed. Carrera 7ª Ltda., Bogotá, 2002.
6. Luna, Arturo. *Logoterapia un enfoque humanista existencial*. Ed. San Pablo, Bogotá, 2003.
7. *Ibídem*.
8. *Ibídem*.
9. Fizzotti, Eugenio. *Chi ha un perché nella vitta*..., Las, Roma, 1993, p. 141.
10. *Ibídem.*
11. *Ibídem*, p. 115.
12. *Ibídem*, p. 132.
13. *Ibídem*.
14. *Ibídem.*
15. *Ibídem*.
16. Noblejas, María Ángeles. *Una experiencia de evaluación del logro interior de sentido dentro del programa terapéutico-educativo Proyecto hombre*. S.S.A.G; S.L. Lenguas, Madrid. Texto borrador enviado personalmente por Noblejas al autor del presente libro.
17. *Ibídem*.
18. *Ibídem*.
19. *Ibídem*.
20. *Ibídem*.
21. De Simoni, Simona. *Verso quale prevenzione?* Bonacci Editore, Civitacastellana, 1987, p. 78 y ss.
22. Fizzotti, Eugenio. *Op. cit.*
23. Luna, Arturo. *Logoterapia un enfoque humanista existencial*. p. 127.
24. Luna, Arturo. *¿Soledad y depresión? Una estrategia desde la logoterapia*. Ed. San Pablo, Bogotá, 2003.
25. *Ibídem*.
26. *Ibídem*.
27 *Ibídem*.
28 *Ibídem*.
29. *Ibídem*.
30. *Ibídem*.
31. *Ibídem*.
32. *Ibídem*.
33. *Ibíd*., p. 56.
34. Lukas, Elisabeth. *Psicología espiritual*. Ed. San Pablo, Buenos Aires, 2001, pp. 127-137.
35. Instituto Colombiano de Logoterapia, diplomado en logoterapia y drogadicción, convenio Universidad Santo Tomás, 2003.

36. Piatti, Piera. *La droga no*. Arnoldo Mondadori, Milano, 1988.
37. Barra, Máximo. *Liberalizzazione? No, grazie*. Rivista Romana, 1988, n. 2.
38. Luna, Arturo. *¿Qué hacer con un hijo adicto?* Ed. San Pablo, Bogotá, 2002, 4ª. edición, p. 61.
39. *Ibídem*.
40. *Ibídem*.
41. *Ibíd*, p. 64.
42. Goti, María Elena. *La comunidad terapéutica (un desafío a la droga)*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1990, pp. 19-23.
43. Fundación Universitaria Luis Amigó. *La comunidad terapéutica*. Programa Zagales, Bogotá, 1988.
44. Luna, Arturo. *Logoterapia un enfoque humanista existencial*. p. 99.
45. Fizzotti, Eugenio. *Op cit*. p. 195.
46. *Ibídem*.
47. *Ibídem*.
48. Luna, Arturo. *Debate sobre la legalización de la droga*. Ciudad Nueva, Bogotá, 2001, pp. 16-17.